

Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos
hoitohenkilökunnan työajankäytössä
Itä-Helsingin palvelutaloissa

Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Opinnäytetyö
Kevät 2007

Tarja Näkki



Koulutusohjelma Terveystieteiden koulutusohjelma		Tutkintonimike Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tekijä/Tekijät Tarja Näkki		
Työn nimi Lääkelogistisen palvelumallin tuoma muutos hoitohenkilökunnan työajankäytössä Itä-Helsingin palvelutaloissa		
Opinnäytetyö	Aika kevät 2007	Sivumäärä 53 + 7 liitettä
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkelogistisen palvelumallin tuomaa muutosta Itä-Helsingin palvelutalojen hoitohenkilökunnan työajankäyttöön. Tavoitteena oli selvittää, miten lääkelogistinen palvelumalli muutti hoitohenkilökunnan työajankäyttöä suhteessa lääkehuoltoon, välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, muuhun työajan käyttöön sekä toimintakykyä tukevaan työhön. Ennakkoletuksena oli, että lääkehuollosta vapautuisi muutoksen myötä työaika, joka voitaisiin kohdentaa välittömään ja asiakkaiden toimintakykyä tukevaan työhön. Raportointien välillä palvelutaloista oli lääkelogistisen palvelumallin myötä siirtynyt osa asiakkaiden lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä apteekkeille.</p> <p>Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena käyttäen kokonaisotantaa Itä-Helsingin neljässä palvelutalossa. Työajankäyttötiedot koottiin hoitohenkilökunnan itseraportoimana marraskuussa 2005 (n=65) ja syyskuussa 2006 (n=70). Työntekijät täyttivät viiden päivän ajan kyselylomaketta, jossa työajankäyttö raportoitiin kymmenen minuutin jaksoissa luokiteltujen koodien mukaisesti. Tulokset kuvattiin prosentteina, keskiarvoina sekä alkuperäisten ja lopputilanteiden välisiä eroja vertailemalla Excelin ja SPSS:n avulla. Tulosten tilastollisessa tarkastelussa käytettiin Wilcoxonin merkkitestistä.</p> <p>Tutkimusaikana hoitohenkilökunnan lääkehuoltoon käyttämä työaika väheni. Vapautunut työaika kohdentui välittömään ja toimintakykyä tukevan työn sijaan välilliseen hoitotyöhön. Myös välittömän työajan prosentuaalinen osuus väheni. Muutosta voitaneen osin selittää syksyllä 2006 sijoittuneella sähköisen asiakastietojärjestelmän käyttöönotolla. Ammattiryhmittäin suurin muutos tapahtui sairaanhoitajien kohdalla, jossa sekä välillisen työajan että muun työajan käyttö lisääntyivät merkittävästi. Palvelutalojen kesken esiintyi myös eroavaisuuksia käytetyn työajan suhteen.</p> <p>Tämän tutkimuksen perusteella lääkelogististen tehtävien ulkoistaminen on mahdollista sekä järkevää henkilökunnan ajankäytön näkökulmasta. Tiettyjä palveluja, kuten esimerkiksi osa lääkelogistisista tehtävistä, ulkoistamalla voidaan kohdentaa hoitohenkilökunnan työaika välittömään hoitotyöhön. Tulevaisuuden haasteena on hoitohenkilökunnan riittävyys ja palvelujen turvaaminen asiakkaille. Työajan kohdentaminen hoitotyön kannalta keskeisiin asioihin on tärkeä haaste työyhteisöille ja edellyttää selkeää johtamista.</p>		
Avainsanat työaika, hoitohenkilökunta, lääkehuolto, lääkelogistinen palvelumalli, palveluasuminen		

Degree Programme in Degree Programme in Health Promotion		Degree Master of Health Care
Author/Authors Tarja Näkki		
Title Medical logistic model and the changes of nurses' working time in the service homes in Eastern Helsinki		
Master Thesis	Date Spring 2007	Pages 53 + 7 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to find out the changes in working time made by new medical logistic model. The aim of this study was to find out how medical logistic model affected working time with medical care, direct care, indirect care, personal time and support for functional capacity. Before the study it was assumed that time in medical care could decrease and time in direct care and support for functional capacity could increase.</p> <p>This survey-research was made in four service homes in eastern part of Helsinki for all employees. The data of working time was collected from nurses with their own reports in November 2005 (n=65) and in September 2006 (n=70). Nurses filled in questionnaire for five days where they reported their working time in ten minute intervals according to the classifications. Between those two surveys the certain part of medical care was moved to the pharmacy. Results were reported in percentages, means and comparing the differences between the beginning and the end with Excel and SPSS. The statistic significations were studied with Wilcoxon Signed Ranks Test.</p> <p>During the study nurses' working time in medical care did decrease. The time, which had released, was not used to direct care but was used to indirect care and nurses' personal time. The percentage of direct care was also decreased. Changes can partly be explained with new client database which was taken to use in autumn 2006. Between professions the most biggest changes had happened with nurses working time where both indirect care and personal time had increased significantly. Differences were also found between the service homes in their working time.</p> <p>The challenge for the future is to guarantee enough nurses and services for the clients. The certain services, e.g. part of medical care, can be made outside the service homes and that way employees have more time for the direct care. There is also another big challenge to direct the released time for the important things which requires clear leadership. According to this study it is possible and also reasonable to move the certain part of medical care to the pharmacies.</p>		
Keywords work time, nurses, medical care, medical logistic model, service home		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LÄÄKELOGISTIikka PALVELUASUMISESSA	3
2.1 Vanhusten palveluasuminen Helsingissä	3
2.2 Lääkelogistiikan toteuttaminen Itä-Helsingin palvelutaloissa	5
2.3 Lääkelogistiikan kehittäminen ja toimintakykyä tukeva toiminta	8
3 TYÖAJAN KÄYTTÖ JA SEN MITTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ	10
3.1 Työajan käyttö kotihoidossa	10
3.2 Hoito henkilöstön ajankäyttö laitoksessa	12
3.3 Työajan käytön mittaaminen	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
5.1 Tutkimusasetelma	20
5.2 Tutkimuksen eteneminen	20
5.3 Tutkimusjoukko	22
5.4 Mittarin kehittäminen	22
5.5 Aineiston kerääminen	23
5.6 Aineiston käsittely ja analysointi	24
6 TULOKSET	25
6.1 Tutkimusjoukon kuvaus	25
6.2 Lääkelogistisen palvelun tuoma muutos hoitajien työajan käytössä	27
6.2.1 Muutokset lääkehuoltoon käytetyssä ajassa	27
6.2.2 Muutokset välittömään hoitotyöhön käytetyssä ajassa	31
6.2.3 Muutokset välilliseen hoitotyöhön käytetyssä ajassa	33
6.2.4 Muutokset muuhun työhön käytetyssä ajassa	35
6.3 Muutokset toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetyssä ajassa	37
6.4 Tulosten yhteenveto	40
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	41
8 POHDINTA	42
LÄHTEET	51
LIITTEET 1 - 7	

LIITTEET:

- LIITE 1: Helsingin kaupungin järjestämien vanhusten laitos- ja asumispalveluiden tulevaisuuden visio
- LIITE 2: Työaikakysely 1
- LIITE 3: Työaikakysely 2
- LIITE 4: Taustatietojen selvitys esimiehiltä
- LIITE 5: Aineiston normaalijakaumat
- LIITE 6: Lääkelogistisen palvelun vaikutukset työaikaan
- LIITE 7: Erot työajankäytössä pääluokittain kyselyjen 2005 ja 2006 välillä

1 JOHDANTO

Helsingin kaupungilla on neljätoista omaa vanhusten palvelutaloa. Palvelutalot on tarkoitettu ikääntyneille ihmisille, jotka eivät enää selviydy kotonaan kotihoidon turvin, mutta eivät tarvitse vielä laitospaikkaa. Palvelutaloissa asukkaat saavat henkilökunnalta hoitoa ja palveluja tarpeidensa mukaan ympäri vuorokauden. Itä-Helsinkiin palvelutaloista sijoittuu neljä: Itäkeskus, Myllypuro, Rudolf ja Vuosaari.

Itä-Helsingin vanhusten palvelutalot ja kotihoito olivat vuosina 2005 – 2006 mukana lääkelogistiikkaprojektissa, jossa osa lääkehoidosta siirtyi hoitajilta apteekkeihin. Kokeiluhankkeen tavoitteena oli luoda, kehittää ja kokeilla Itä-Helsingin alueella uutta lääkelogistista palvelumallia palvelutaloille ja kotona asuville ikääntyville ihmisille kustannustehokkaan ratkaisun luomiseksi. Logistiikalla tarkoitettiin tässä yhteydessä lääkkeiden ja reseptien käsittelyyn sekä kuljettamiseen kuluva työpanosta. Kehitettävän palvelumallin avulla oli tarkoitus tehostaa hoitohenkilökunnan ajankäyttöä, vähentää lääkejakelussa mahdollisesti tapahtuvia virheitä ja käyttämättömien lääkkeiden määrää sekä huomioida lääkkeiden väliset interaktiot jo etukäteen. Lääkejakelusta vapautuva työaika oli tarkoitus kohdentaa asiakkaiden toimintakykyä tukevan työskentelyn vahvistamiseen ja välittömään hoitotyöhön. Kokeiluhanke toteutettiin 1.10.2005 – 31.12.2006. (Helsingin kaupunki ym. 2005.)

Hankkeen toteuttamisesta vastasi Helsingin kaupungin ja Elisa Oyj:n johtama yrityskonsortio (Addoz Oy, IBM Oy ja Medixine Oy). Lisäksi hankkeessa oli mukana kuusi kumppanuusapteekkia. Yrityskonsortio vastasi uudentyyppisen muistuttavan gsm-pohjaisen lääkeannostelijan kehittämisestä ja sen toiminnallisuudesta. Apteekit puolestaan osallistuivat tarvittavan uuden lääkelogistisen prosessin luomiseen. Helsingin kaupunki osallistui kehittämistyöhön testaamalla uutta toimintamallia sekä yrityskonsortion hankkeessa kehitettävää laitteistoa ja järjestelmiä Itä-Helsingin kotihoidossa ja vanhusten palvelutaloissa. (Lyytinen 2005: 2.)

Itä-Helsingissä sosiaaliviraston palvelutaloissa kaikkien asiakkaiden lääkejakelu siirtyi projektin myötä hoitajilta apteekkeille. Yhteensä alueen neljässä palvelutalossa lääkejakelun piirissä olevia asiakkaita oli noin 250. Terveyskeskuksen kotihoidossa uuden palvelumallin käyttöön siirtyivät vain ne asiakkaat, jotka ottivat käyttöönsä muistuttavan

lääkeannostelijan. Terveyskeskuksessa suuri osa kotihoidon asiakkaiden lääkejaoista jäi edelleen hoitohenkilökunnan vastuulle, joten ajankäytön muutoksen vertaileminen kotihoidon työntekijöiden osalta olisi muodostunut vaikeaksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkelogistisen palvelumallin tuomaa muutosta Itä-Helsingin palvelutalojen hoitohenkilökunnan työajan käyttöön. Ennakkoletuksena oli, että hoitohenkilökunnan työaikaa vapautuisi lääkkeiden jakelusta ja vastaava aika voitaisiin kohdentaa asiakkaiden toimintakykyä tukevaan työhön. Oletuksena oli myös, että onnistuessaan toimintamalli voitaisiin laajentaa koskemaan kaikkia kaupungin palvelutaloja. Laajentamisen edellytyksenä oli, että uusi toimintamalli palvelisi luotettavasti sekä säästäisi hoitajien työaikaa.

Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena käyttäen kokonaisotantaa. Lähtötilanteen kartoitus tehtiin ennen projektin alkua ja seuranta toteutettiin kymmenen kuukauden kuluttua projektin aloittamisesta. Työaikaseurantojen avulla arvioitiin hoitajien työajan kohdentumista lääkehoitoon sekä välittömään asiakastyöhön. Työajanseuranta perustui hoitajien itseraportointiin.

2 LÄÄKELOGISTIIKKA PALVELUASUMISESSA

2.1 Vanhusten palveluasuminen Helsingissä

Palvelutaloissa asuu toimintakyvyltään heikentyneitä, palveluja ja hoitoa tarvitsevia ihmisiä, jotka eivät enää selviydy omassa kodissaan kotihoidon turvin eivätkä tarvitse laitoshoidoa. Palveluasuminen tukee ikäihmisten mahdollisimman itsenäistä selviytymistä, fyysisen sekä psyykkisen toimintakyvyn edistämistä ja sosiaalisia suhteita turvallisessa ympäristössä. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 56). Palvelutaloissa toimii myös ryhmäkoteja, joissa dementiaa sairastavat voivat elää turvallisesti elämänsä loppuun saakka (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveystakeskus 2006: 20).

Palveluasuminen määritellään avohuolloksi. Palveluasumista ohjaavat sosiaalihuoltolaki (1982) ja sosiaalihuoltoasetus (1983), vammaispalvelulaki vuodelta 1987 sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta vuodelta 1992. Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan käyttöön on perustettava, hankittava tai muutoin varattava paikallista tarvetta vastaava määrä palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 6.)

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutaloista neljä sijaitsee itäisellä alueella. Itäkeskuksen, Myllypuron, Rudolfin ja Vuosaaren palvelutaloissa asuu yhteensä yli 400 vanhusta. Kolmessa palvelutalossa toimii myös dementia-ryhmäkoti: Itäkeskuksessa Voikukka, Myllypurossa Myllykoti ja Rudolfissa Roosakoti.

Asukkaat sijoittuvat palvelutaloon SAS-järjestelmän (selvitys, arviointi, sijoitus) kautta (Valvanne ym 2002: 23). Palvelutaloon pääseminen edellyttää käytännössä avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Asiakkaan hoitaja, lääkäri ja sosiaalityöntekijä antavat lausunnon palveluasumisen tarpeesta, jonka jälkeen SAS-työpari (akuuttisairaalan ylilääkäri ja sosiaaliviraston vanhuspalvelujen vastuualueen sosiaali- ja lähityön aluepäällikkö) antavat lausunnon asiakkaan hoitotasosta eli tekevät hoitotasoratkaisun (Calonius & Halonen 2006: 6). Avun tarvetta mitataan RaVa (RajalaVaissi) -toimintakykymittarilla ja MMSE (Mini-Mental State Examination) -muistitestillä. Asukkaat ovat vuokrasuhteessa Helsingin kaupunkiin asuen palvelutalon asunnossa, jonka he kalustavat pääsääntöisesti omin huonekaluin.

RaVa-toimintakykymittarin avulla arvioidaan vanhuksen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelujen tarvetta. Arvioinnissa syntyy käsitys siitä, mistä asioista vanhus selviytyy itsenäisesti ja missä asioissa hän tarvitsee apua. Arviointia varten kerätään tietoa mm. vanhuksen liikkumisesta, pukeutumisesta, syömisestä, hygienianhoidosta sekä mielialasta ja muistista (Kuntaliitto 2006). Arvioinnin perusteella toimintakyky saa arvoja 1,29 – 4,2. RaVa on Suomessa fyysisen toimintakyvyn mittauksessa yleisimmin käytetty mittari (Voutilainen 2005: 16). Helsinkiläisten vanhuspalveluasiakkaiden toimintakykyselvitys vuodelta 2002 kertoo palveluasumisen asukkaiden toimintakyvyn vaihtelevan paljon RaVa-toimintakykymittarilla mitattuna (Mukkila – Tolkki – Valvanne – Linden – Sahi 2003: 25). Tuolloin kaupungin omien palvelutalojen keskimääräinen RaVa-indeksi oli 2,03. Hoitoisuussuosituksena on, että palvelutaloon muuttavan asukkaan RaVa-indeksi tulisi olla vähintään 2,5 (Liite 1). Käytännössä tämä tarkoittaa asiakkaan avuntarvetta päivittäisissä elämisen toiminnoissa kuten ruoka-, lääke- ja hygieniahuollossa.

Tulevaisuudessa yhä useampi palveluasumisen asiakas kärsii dementiaoireista (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveystakeskus 2006: 4). Vanhusväestön määrän kasvaessa myös dementoituneiden määrä kasvaa, sillä esimerkiksi yli 85-vuotiaasta väestöstä arviolta 35% kärsii dementiaoireista ja siten Helsingissä dementiaosastojen määrän tarve kasvaa vuosina 2006–2011 noin 400:lla (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 42).

Vanhuspalveluja on kehitetty voimakkaasti 2000-luvulla tukemaan yhä enemmän ja pidempään kotona asumista ja laitospaikkojen volyymia on alettu vähentää. Palveluasumisen painopiste on muuttunut asumisen tukemisesta ympäri vuorokauden hoitoa antavaksi yksiköksi. Vuoden 2006 alusta lähtien palveluasuminen muuttui yksiportaiseksi entisen ”tavallisen” ja ”tehostetun” palveluasumisen yhdyntyessä (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveystakeskus 2006: 20). Tämän muutoksen seurauksena palvelutaloissa on alettu hoitaa asiakkaita, jotka aiemmin katsottiin vanhainkodin asukkaiksi. Konkreettinen ero asiakkaalle palvelutalon ja vanhainkodin välillä on erilainen maksujärjestelmä: laitoksessa maksuun sisältyvät muun muassa lääkkeet, kun taas palveluasumisessa asiakas maksaa itse lääkkeensä ja lääkäripalvelunsa.

Palvelutalon hoitotyötä tekevä henkilökunta on koulutukseltaan pääosin lähi-, perus-, ja

kodinhoitajia sekä sairaanhoitajia. Lisäksi työyhteisöissä työskentelee muun muassa fysio- ja toimintaterapeutteja sekä sosiaali- ja virikeohjaajia. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 53). Hoitoon ja palveluun sisältyvät kaikki ne asiat, joiden hoitamisesta asiakas ei enää itsenäisesti selviydy. Näitä voivat olla muun muassa ateria- ja hygieniahuolto, lääkehoito, hoitotoimenpiteet, siivous ja vaatehuolto sekä asiointi ja saattoapu. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 30).

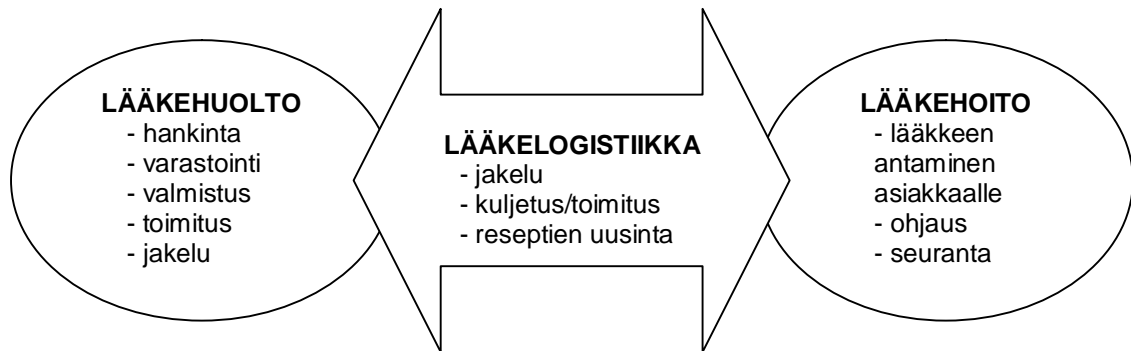
Hoitotyö voidaan jakaa erilaisiin luokkiin annettavan hoidon suhteen. Usein käytetään jakoa välilliseen ja välittömään hoitotyöhön. Välitön hoitotyö tarkoittaa suoraan asiakkaaseen, perheeseen tai yhteisöön kohdistuvaa hoitoa. Siihen kuuluvat perussairaanhoito ja muut sairaanhoidolliset toimenpiteet sekä kodinhoito, jotka tapahtuvat välittömässä kosketuksessa tai välittömässä läheisyydessä. Välittömässä hoitotyössä pyritään mahdollisuuksien mukaan aktivoimaan asiakasta osallistumaan toimintaan ja tukemaan näin hänen omaa toimintakykyään. Välillinen hoitotyö liittyy asiakkaaseen tapahtuen joko ennen tai jälkeen asiakkaan hoitamisen mutta ei asiakkaan vierellä. Välillistä hoitotyötä voi olla esimerkiksi apteekkiasioden hoitaminen tai lääkärin konsultointi. (Fagerström – Rauhala 2003: 11.)

2.2 Lääkelogistiikan toteuttaminen Itä-Helsingin palvelutaloissa

Lääkehoidon toteuttaminen on osa hoitohenkilökunnan työtä. Lääkehoidolla tarkoitetaan lääkkeen antamista asiakkaalle, seurantaan lääkityksen vaikutusten osalta ja puuttumista tilanteeseen mahdollisten ongelmien ilmetessä. Lääkkeen antamiseen asiakkaalle voi sisältyä myös lääkkeiden jakaminen lääkepakkauksesta kerta-annoksiksi. Lääkehoidon toteuttamisessa tulee pyrkiä terveyden- tai sosiaalihuollon työntekijöiden, apteekkien sekä potilaan ja/tai hänen edustajansa/omaisensa saumattomaan yhteistyöhön. (Sajantola 2004: 30). Asiakkaan/potilaan tulee saada tietoa, ohjausta ja neuvontaa hoidon toteuttamisesta, ja hänen lääkehoitoaan ja sen vaikutuksia tulee seurata. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 13–14.)

Lääkehuollolla tarkoitetaan lääkkeiden hankintaa, käyttökuntoon saattamista, valmistusta, varastointia, toimittamista sekä lääkeinformaation antamista asianosaisille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 17). Lääkehuollosta vastaavat pääsääntöisesti lääkevalmistajat ja apteekit.

Lääkelogistiikalla tarkoitetaan lääkkeiden annostelua lääkepakkauksesta asiakkaan dosettiin sekä toimitusta asiakkaalle. Itä-Helsingin lääkelogistiikkaprojektissa logistiikkaan sisältyi myös reseptien uusiminen. Lääkelogistiikka sijoittuu käsitteenä lääkehuollon ja lääkehoidon väliin (kuvio 1).



KUVIO 1. Lääkehuollon ja -hoidon käsitteet

Lääkehoidon käytännön toteuttamisessa on kehitettävää. Kotihoitoa koskevassa tutkimuksessa käy ilmi, että hoitajien erilainen koulutustausta, kirjavat lupakäytännöt, vähäinen täydennyskoulutus sekä epäselvä työnjako tuovat epävarmuutta lääkehoidon toteuttamiseen (Pietikäinen 2004: 77). Yhdysvalloissa 36 sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan jopa 20% lääkeannosteluista tapahtuu virheitä ja näistä 7% voi aiheuttaa potilaalle vakavan haitan (Carroll 2003: 53). Lääkkeen määräämis- ja oikeellisuusvastuu on aina lääkärillä; lääkkeen annostellut tai jakanut henkilö vastaa osaltaan siitä, että lääkettä annetaan määräyksen mukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 97). Lääkehoitoa ja sen toteutumista tulisikin arvioida säännöllisesti, luoda työyhteisöihin selkeät ohjeet ja toimintakulttuuri lääkehoitoa koskien sekä kehittää yhteistyötä lääkehoidosta tiedottamisen ja suunnittelun osalta niin asiakkaiden kuin omaisten suuntaan (Pietikäinen 2004: 79).

Ennen lääkelogistiikkaprojektia Itä-Helsingin palvelutaloissa jokaisen asiakkaan oma vastuuhoidtaja sekä tiimin sairaanhoitaja huolehtivat yhdessä asiakkaan lääkehoidon kokonaisuudesta. Reseptien uusinta lääkärin kanssa, apteekissa asioiminen, lääkkeiden jakaminen viikoittain dosettiin sekä lääkkeen antaminen asiakkaalle kuuluivat hoitohenkilökunnan tehtäviin. Lääkkeiden dosettiin saattamiseen kului arviolta noin 45 minuuttia viikossa asiakasta kohti. Arvio perustuu Itä-Helsingin palvelutalojen johtajien

kokemukseen työajankäytöstä. Tämän lisäksi lääke annosteltiin tarvittaessa asiakkaalle dosetista, mihin kului vielä oma aikansa. Asiakkaan ohjaus ja neuvonta sekä lääkevaikutusten seuranta olivat myös hoitohenkilökunnan vastuulla.

Lääkelogistiikkaprojekti oli jatkoa Itä-Helsingissä 2002 toteutetulle logistiikkakokeilulle, jonka puitteissa kokeiltiin toimintojen ulkoistamista (kauppakassitoiminta, pyykkipalvelu sekä lääkkeiden annospussijakelu). Vuonna 2004 lähiörahastosta myönnettiin sosiaalivirastolle määräraha lääkelogistiikan jatkokehittämiselle. Samaan aikaan Uudenmaan osaamiskeskus Culminatumin meneillään olleesta Ikä-hankkeesta tiedusteltiin Helsingin kaupungin kiinnostusta yhteistyöhön. Lääkelogistiikkaprojekti aloitettiin Culminatumin ohjauksessa ja kaupungin osalta projekti laajeni koskemaan myös terveyskeskuksen kotihoitoa. Kokeilualueeksi muodostui Itä-Helsinki, jonne lähiörahaston rahoitus oli alun perin järjestetty. Lääkelogistiikkaprojektin avulla pyrittiin luomaan palvelumalli, jonka avulla oli tarkoitus tehostaa hoitajien ajankäyttöä, vähentää lääkejakeilussa mahdollisesti tapahtuvia virheitä ja käyttämättömien lääkkeiden määrää sekä huomioida lääkkeiden väliset interaktiot jo etukäteen (Helsingin kaupunki ym. 2005).

Lääkelogistiikkaprojekti aloitettiin 1.10.2005. Apteekkiyhteistyö käynnistyi eri palvelutaloissa ja kotihoidon tiimeissä vaiheittain siten, että kaikki neljä palvelutaloa siirtyivät uuden palvelumallin piiriin 1.12.2005 – 31.1.2006 välisenä aikana. Lääkelogistiikkaprojektin teknologiaosuuteen liittyi muistuttavan lääkeannostelijan käyttöönotto ja testaaminen. Palvelutaloissa muistuttava lääkeannostelija oli tarkoitus ottaa käyttöön 50 asiakkaalle kokeiltavaksi. Teknisten ongelmien takia laitteiden käyttöönotto viivästyi ja lisäksi sopivien asiakkaiden löytäminen muodostui odotettua haasteellisemmaksi. Laitteita otettiin käyttöön noin 20 kappaletta vähitellen kevään ja kesän 2006 aikana.

Lääkelogistiikkaprojektin seurauksena lääkkeiden jakaminen siirtyi apteekeille. Apteekin tehtävänä oli toimittaa lääkkeet dosetteihin jaettuna perille palvelutaloon. Lääkäri toimitti uudet reseptit suoraan apteekille ja apteekista huolehdittiin myös reseptien uusiminen suoraan lääkärin kanssa. Hoitohenkilökunnan vastuulla oli edelleen lääkkeiden antaminen asiakkaalle, lääkkeiden käytön ohjaaminen sekä lääkehoidon vaikutusten seuranta. Jos asiakkaalle tuli lääke muutoksia apteekin lääkejakojen välillä (esimerkiksi antibiootti-kuurin alkaminen), toimitti apteekki tarvittavan lääkkeen palvelutaloon, jossa palvelutalon hoitaja

tai sairaanhoitaja lisäsi tai poisti tarvittavat lääkkeet annostuksesta. Lääkkeet, joiden annostusohjeet vaihtelevat useasti (esimerkiksi Marevan), jaettiin palvelutalossa asiakkaalle. Hoitohenkilökunnan lääkeosaamista oli tarkoitus ylläpitää apteekin antaman täsmätiedon sekä kaupungin järjestämien täydennyskoulutusten avulla. Lääkäriin, apteekkiin, hoitajan ja asiakkaan välinen tiedonkulku nousi entistä tärkeämpään asemaan. Myös dokumentoinnin merkitys korostui entisestään lääkehoidon kokonaisuutta seurattaessa.

2.3 Lääkelogistiikan kehittäminen ja toimintakykyä tukeva toiminta

Lääkelogistiikkaprojektin tavoitteena oli kohdentaa lääkejakelusta vapautuvaa hoitohenkilökunnan työaikaasi asiakkaiden toimintakykyä tukevan työotteen vahvistamiseen sekä välittömään, asiakkaan kanssa tapahtuvaan, hoitotyöhön (Helsingin kaupunki ym. 2005). Toimintakyvyn tukeminen on ollut keskeinen tavoite hoitotyössä myös ennen lääkelogistiikkaprojektia, ja nyt tavoitteena olikin erityisesti sen mahdollistaminen käytännön työssä vapauttamalla aikaa välillisestä työskentelystä.

Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelman (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 30) mukaan palvelun ja hoidon tulee olla asiakkaan voimavaroja vahvistavaa ja itsenäistä selviytymistä edistävää. Hoitoon ja palveluun sisältyvät kaikki ne asiat, joiden hoitamisesta asukas ei enää itsenäisesti selviydy. Palveluasumisen tavoitteena on ylläpitää ja edistää asukkaiden toimintakykyä. Itsenäisen elämän kannalta on oleellista toimintakyvyn säilyminen ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen mahdollisimman pitkään sairauksista huolimatta.

Toimintakyvyn käsite voidaan määritellä eri tavoin, eikä yleisesti hyväksyttyä määritelmää ole olemassa. Keskeisenä käsitteenä iäkkäitä tutkittaessa on ollut selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Suppeammassa merkityksessä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa selviytymistä rasituskokeesta tai älykkyytestistä. (Rissanen 1999.) Toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn (WHO 2004). Toimintakyvyn ylläpitämisellä ja tukemisella tarkoitetaan edellä lueteltujen osatekijöiden vahvistamista yksilön elämässä tai niiden heikkenemisen ehkäisemistä. Vanhustenhuollon yleisesti hyväksytty tavoite on vanhusten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä elämänlaadun ylläpitäminen ja edistäminen ikääntymisestä

huolimatta (Karjalainen 1999: 20).

Toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen rinnalla on käytössä käsite kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä tuetaan hoitotyön keinoin asiakkaan itsenäistä toimintaa, jotta hän voisi selviytyä omassa asuin- ja elinympäristössään (Routasalo – Lauri 2001: 211). Kuntoutumista edistävä hoitotyö lähtee tavoitteellisuudesta, kuntoutumista edistävästä työotteesta moniammatillisessa yhteistyössä sekä terveyslähtöisyydestä (Turja – Routasalo – Arve 2006: 4). Asiakkaan aktiivista roolia korostetaan hoitoprosessissa, ja toisaalta asiakkaan, omaisen sekä hoitajan välistä yhteistyötä pidetään tärkeänä. Hoitaja ei voi kuntouttaa asiakasta, ellei tämä itse ole motivoitunut ja aktiivinen toimija prosessissa. (Turja ym. 2006: 5.)

lääkkään asiakkaan kohdalla kuntoutumista edistävä hoitotyö lähtee siitä, että asiakas on motivoitunut osallistumaan realistisen päämäärän asettamiseen sekä valmis toimimaan itse päämäärän saavuttamiseksi. Motivaatioon vaikuttavia tekijöitä ovat henkilökohtaiset toiveet, itsemääräämisoikeuden kokeminen, epämiellyttävät tuntemukset, yksilöllisyys hoidossa, realistiset kuntoutustavoitteet, usko tavoitteiden saavuttamiseen sekä sosiaalinen tuki. (Routasalo – Arve 2002: 6.) Jos asiakas ei itse pysty realistisen päämäärän asettamiseen tai motivoitu kuntoutumiseen, siirtyy hoitajalle suuri vastuu tavoitteiden asettamisesta asiakkaalle ymmärrettävään muotoon. Tällainen tilanne voi tulla kyseeseen esimerkiksi dementoituneen henkilön kohdalla.

Yksilön ja myös hänelle merkityksellisen yhteisön terveyttä tukevan toiminnan vahvistaminen on olennaista ikääntyvien päivittäisessä selviytymisessä. Fyysisen toimintakyvyn tukeminen ja tietoisuus esimerkiksi lihaskunnan ylläpitämisestä liikunnan keinoin ovat tärkeitä ennaltaehkäisevän hoidon toteuttamiseksi. Minäkäsityksen vahvistaminen on ikääntyvälle tärkeä psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Myös sosiaalisen verkoston olemassaolo ja sen vahvistaminen edesauttavat ikääntyviä selviytymään kotona. (Rissanen 1999).

Tässä tutkimuksessa toimintakykyä tukevalla toiminnalla tarkoitetaan pitkälti samoja asioita välittömän hoitotyön kanssa. Asiakkaan kohtaamisessa huomioidaan mahdollisuuksien mukaan hänen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa. Kaiken asiakkaan kanssa tapahtuvan työskentelyn tulisi tukea toimintakykyä.

3 TYÖAJAN KÄYTTÖ JA SEN MITTAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

3.1 Työajan käyttö kotihoidossa

Palveluasuminen sijoittuu koti- ja laitoshoidon väliin. Palveluasumisen hoitohenkilökunnan työajankäytöstä ei ole julkaistuja tutkimuksia, joten tässä tutkimuksessa tutustutaan niin koti- kuin laitoshoidon ajankäyttötutkimuksiin. Kotihoidon työajankäyttö on osin yhtenevää palvelutalojen hoitohenkilökunnan ajankäytön suhteen, sillä molemmissa hoitomuodoissa asiakasta hoidetaan tämän kotona. Palvelutalon asukkaat ovat kuitenkin keskimäärin huonokuntoisempia kuin kotihoidon asukkaat, sillä palveluasumiseen siirrytään silloin, kun kotihoito ei enää pysty turvaamaan riittävää hoitoa. Palvelutalossa hoitohenkilökunnan työaikaa ei kulu juurikaan asiakkaalta toisen luo siirtymiseen.

Helsingin kaupungin kotihoidon tuoreimmat työajanseurannat ovat vuosilta 1999 (Nikkilä – Tolkki 2000), 2001 (Tolkki – Valvanne 2002) ja 2003 (Varis – Tolkki – Valvanne 2003). Seurannat on toteutettu sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyönä. Sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveystieteiden kotisairaanhoidon tuottavat asiakkaan kotona tarvitsemat palvelut, ja seurannan perusteella on pyritty kartoittamaan näiden yhdessä muodostaman kotihoidon työajan käyttöä. Tarkoituksena on ollut kartoittaa, mitä työtehtäviä kotihoidossa tehdään, millaisina työaikoina ja kuinka paljon niihin käytetään aikaa. Samalla on selvitetty välillisen ja välittömän työajan osuuksia, työntekijäresursseja, asiakkaiden määrää, kotikäyntien määrää ja käyntien pituutta. Uudemmissa tutkimuksissa on verrattu saatuja tietoja edellisiin tutkimuksiin. Kyselyt on toteutettu kokonaistutkimuksina. Aineistoa on koottu vuonna 1999 yhden viikon ja vuosina 2001 sekä 2003 kahden päivän ajalta. Aineistot analysoitiin kaikissa tutkimuksissa erikseen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken. Lomakkeen toimivuutta oli kehitetty 1999 ja 2001 kyselyiden välissä. Analyysimenetelminä käytettiin pääasiassa suoria jakaumia (määrät, prosenttiosuudet), ristiintaulukointia ja keskiarvolukuja.

Vuonna 1999 saadut tulokset vaihtelivat suuresti kaupungin seitsemän eri suurpiirin kesken. Eroja selitettiin muun muassa alueilla olevien palvelutalojen erilaisilla määrillä, koska palvelutalojen ja kotihoidon välillä nähtiin eroja työajankäytössä. Kotipalvelussa työntekijän välitöntä työtä asiakkaan luona tai hänen kanssaan on ollut keskimäärin 57,6% työajasta ja kotisairaanhoidossa 44,3%. Kotisairaanhoidossa on ollut enemmän

asiakaskäyntejä kuin kotipalvelussa, mutta kotipalvelussa asiakkaan luona on oltu keskimäärin pidempään kuin kotisairaanhoidossa. Kotisairaanhoidon välillistä työaikaa lisäsi puhelinpäivystysaika ja kirjaaminen toimistossa. (Nikkilä – Tolkki 2000.) Vuoden 2001 kyselyn tulokset osoittivat välittömän työajan osuuden laskeneen vuoden 1999 lukemista. Tehtävien painopiste oli siirtynyt kodinhoidollisista tehtävistä enemmän perus- ja sairaanhoidollisten tehtävien suuntaan. (Tolkki – Valvanne, 2002.) Vuoteen 2003 välittömän työajan suhteellinen osuus työajasta oli uudelleen kasvanut. Tämä tutkimus osoitti työajan kohdentumista enenevässä määrin perushoidollisiin tehtäviin ja kodinhoidollisten tehtävien suhteellisen osuuden vähenemistä. Tutkimuksen mukaan työajan käytön kehitys oli oikeansuuntaista, mutta sen johtamiseen tulee edelleen kiinnittää huomiota. (Varis ym. 2003.)

Turussa on tutkittu 1996 kaupungin kotisairaanhoidossa työskentelevien hoitajien työn sisältöä ja työajan käyttöä (Tuomisto 1997). Tutkimukseen osallistuivat kaikki kyseisenä ajankohtana työssä olleet työntekijät ja seuranta-aika oli yksi viikko. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin itseraportointia, jossa hoitajat kirjasivat seurantalomakkeelle päivittäin työtehtävänsä ja niihin käytetyn ajan. Hoitajien toimintaa koskevan aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysejä. Sisällönanalyyseissä muodostettuja hoitajien toimintojen pääluokkia käytettiin runkona ajankäytön analysoinnissa. Eri toimintoihin käytettyä aikaa kuvattiin minuutteina ja prosentteina päivittäisestä työajasta. Tuloksissa hoitajien työaika jakautui välilliseen ja välittömään asiakastyöhön. Tulokset osoittavat muun muassa arkiaamuina käytetyn vähemmän aikaa välittömään työhön kuin viikonloppuamuuina. Johtopäätöksenä tutkimuksessa todetaan, että kotisairaanhoidon kehittämisessä tulee kiinnittää huomiota niihin keinoihin, joilla voitaisiin siirtää välillisen hoitotyön toimintoja välittömän hoitotyön yhteyteen.

Vuoden 2003 jälkeen Helsingissä ei ole tehty yhtä laajoja työajanseurantoja kuin edellä on kuvattu. Vuoden 2005 alussa kaupungin organisaatio muuttui siten, että kotihoito siirtyi terveyskeskuksen toiminnaksi ja palveluasuminen jäi osaksi sosiaalivirastoa. Palveluasumista ei todennäköisesti jatkossa tullakaan enää vertaamaan kotihoitoon työajankäytön osalta. Aiemmista työajanseurannoista saatiin kuitenkin tukea tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin rakentamiseen ja työajankäytön luokitteluun. Itseraportoinnin käyttäminen oli havaittu toimivaksi aineistonkeruumenetelmäksi. Lisäksi käsitteet välittömästä ja välillisestä työajasta sekä niiden seuraamisesta olivat

henkilökunnalle tuttuja jo aiempien tutkimusten perusteella. Turussa toteutettu työajanseuranta vahvisti Helsingissä toteutettujen seurantojen toteuttamismenetelmiä. Tulosten perusteella palveluasumisen tavoitteena on jatkaa välittömän työn osuuden lisäämistä, kuten vuoden 2003 johtopäätöksenä oli todettu (Varis ym. 2003). Välitöntä hoitotyötä tehtäessä voidaan tukea asiakasta oman toimintakykynsä edistämisessä vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelman (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004:30) sekä lääkelogistiikkaprojektin (Helsingin kaupunki ym. 2005) tavoitteiden mukaisesti.

3.2 Hoitohenkilöstön ajankäyttö laitoksessa

Palveluasumisen ja laitoshoidon työajanseurantatietojen vertaileminen on haasteellista, sillä palveluasuminen on avohoitoa, vaikka muistuttaakin käytännössä usein laitostyöskentelyä. Palveluasumisen hoitohenkilökunta hoitaa hoitotyön ohella myös kodinhoidollisia tehtäviä eikä avustavaa henkilökuntaa juurikaan ole, joten ajankäytön tuloksia tulee tarkastella kriittisesti laitoksiin nähden. Hoitotyön ajankäyttötutkimuksissa käytetyt menetelmät sen sijaan ovat täysin vertailukelpoisia, sillä työajan kuvaaminen ja raportointi tapahtuvat samoin periaattein.

Hoitotyön henkilöstön mitoitusta erikoissairaanhoidossa on arvioitu ja suunniteltu Partasen (2002) tutkimuksessa. Hoitohenkilökunnan (N=92) ajankäyttöä seurattiin kahden viikon ajan toimintolaskenta-menetelmällä siten, että hoitajat itseraportoivat työtehtäviään 10 minuutin välein. Työvuorokohtaisia arviointeja kertyi yhteensä 504 kappaletta. Tiedonkeruu tehtiin strukturoidulle lomakkeelle, jossa ajankäyttö oli jaettu välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen työhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Tulosten mukaan 76% hoitajien ja sairaanhoitajien työajasta kohdistui välittömään ja välilliseen hoitotyöhön, 16% osastokohtaiseen työhön ja 8% henkilökohtaiseen ajankäyttöön. Ajankäytön lisäksi tutkimuksessa kerättiin aineistoa myös osastonhoitajilta ja potilailta sekä hyödynnettiin osastojen hoitoisuusluokitustietoja. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö suhteutettiin eri hoitoisuusluokissa olevien potilaiden hoitamiseen käytettyyn aikaan. (Partanen 2002.)

Hoitohenkilökunnan välilliseen ja välittömään hoitotyöhön käytettyä työaika on tutkittu Haukkalan sairaalan lastenpsykiatrian osastolla (Metsäpelto – Tikkanen 1995). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon hoitohenkilökunnan

kokonaistyöajasta kuluu välilliseen hoitotyöhön, miten työaika jakautuu välilliseen ja välittömään hoitotyöhön eri vuoroissa ja miten aamu-, ilta- ja yövuoro eroavat toisistaan välillisten toimintojen osalta. Lisäksi työaikatietoja tarkasteltiin ammattiryhmittäin. Tutkimustiedot kerättiin mittaamalla työajan käyttöä. Hoitajat (n=21) kirjasivat viikon ajan kustakin tekemästään työvuorosta välilliset hoitotyön toiminnot ja tekemänsä välittömän hoitotyön kymmenen minuutin tarkkuudella. Ajankäyttötiedot saatiin jokaisesta viikon aikana tehdystä työvuorosta. Tulosten mukaan välittömän työajan osuus oli 39% ja välillisen 61%. Iltavuorossa tehtiin suhteellisesti eniten välitöntä hoitotyötä. Välillisistä toiminnoista eniten aikaa käytettiin tiedottamiseen, potilasneuvotteluihin ja osaston toimintaan, huoltoon ja viihtyisyyteen liittyviin tehtäviin. (Metsäpelto – Tikkanen 1995). Tämä tutkimus osoittaa, että työajanseurantatietojen kerääminen kymmenen minuutin tarkkuudella sekä kaikista työvuoroista viikon seuranta-aikana on mahdollista hoitotyössä.

Hoitohenkilöstön ajankäyttöä on tutkittu suhteessa potilaan tarpeeseen: saako potilas hoidon tarpeen mukaista hoitoaikaa ja mitkä tekijät vaikuttavat ajankäytön jakautumiseen (Karvonen 2005). Karvosen tutkimus toteutettiin neljällä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tutkimusaineisto sisältää potilaskohtaisen hoidon ajanmittauksen, potilaan tautidiagnoosit, RaVa-indeksit ja hoitoisuusluokitukset, potilaan viipymäajan osastolla, sukupuolitiedot, infektiotiedot, lääkemäärät sekä potilaan demografiset tiedot. Tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilöstön suorittaman ja mittaaman työn jakaumasuhdetta. Tiedonkeruu ajankäytön osalta tapahtui hoitohenkilöstön suorittamana itsehavainnointina. Hoitohenkilöstö mittasi tekemiään työtehtäviä potilaskohtaisesti minuuttien tarkkuudella niin, että mittauksen tuloksena oli nähtävissä hoitajan käyttämä aika tietyn potilaan hoitoon. (Karvonen 2005). Tästä tutkimuksesta saadaan arvokasta tietoa itsehavainnoinnin käyttämisestä työmenetelmänä. Se myös osoittaa työn mittaamisen olevan mahdollista jopa minuuttien tarkkuudella.

Yhdysvalloissa tehty havainnointitutkimus (Hendrickson – Doddato – Kovner 1990: 31) osoitti, että eräässä laitoksessa hoitajan työajasta vain 31% kohdentui välittömään hoitotyöhön. Välilliseen hoitotyöhön (esimerkiksi toimenpiteisiin valmistautuminen, raporttien antaminen sekä vuorovaikutus toisten hoitajien kanssa) käytettiin 45%. Lisäksi aikaa kului muun muassa kirjaamiseen ja henkilökohtaisiin taukoihin. Tutkimus oli toteutettu kuudessa sairaalassa satunnaisotantana valituilla osastoilla. Opiskelijat havainnoivat ja kirjasivat työtehtävät 15 minuutin tarkkuudella. Hoitajien ajankäyttö oli

jaettu 12 luokkaan, joista osa oli välittömiä potilashoitoon liittyviä tehtäviä, osa välillisiä tehtäviä ja osa sellaisia töitä, jotka eivät suoranaisesti liittyneet potilaan hoitamiseen. (Hendrickson ym. 1990). Työajankäytön luokittelu välillisen ja välittömän hoitotyön tehtäviin on vakiintunut hoitotyötä koskeissa ajankäyttötutkimuksissa jo pidemmän ajan kuluessa.

Australialainen tutkimus (Hegney – Plank – Parker 2003: 308) selvitti hoitajien (n=1447) selviytymistä työtehtävistään työajan puitteissa. Tutkimus toteutettiin survey-menetelmällä satunnaisotoksesta Queenslandissa. Tutkimuksessa ei mitattu varsinaista työajankäyttöä vaan käsiteltiin työn sisältöä ja eri työtehtävien raskautta. Vanhusten parissa työskentelevien hoitajien osalta todetaan työtä olevan erityisen runsaasti, töitä ei ehditä hoitaa työvuorojen aikana ja hoitajilla on jatkuvasti riittämättömyyden tunne (Hegney ym. 2003: 312). Tämä tutkimus osaltaan vahvistaa käsitystä siitä, että hoitajien työtehtäviä tulee priorisoida ja tarvittavia toimenpiteitä ulkoistaa, jotta perushoitotyö saadaan toteutettua olemassa olevin resurssein.

Oulussa on tutkittu potilaiden luokittelua ja kehitetty uusi menetelmä (PAONCIL = the Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level) henkilöstöresurssien kohdentamiseen potilaille (Fagerström – Rainio 1999). Osana tätä tutkimusta perehdyttiin myös henkilökunnan ajankäyttöön ja sen mittaamiseen. Hoitajien potilaisiin kohdistama ajankäyttö luokiteltiin kuuteen luokkaan:

1. hoidon suunnittelu ja organisointi,
2. hengityksestä ja verenkierrosta huolehtiminen,
3. ravitsemus ja lääkitys,
4. henkilökohtainen hygienia,
5. toimenpiteet, liikkuminen, uni ja lepo sekä
6. ohjaus, hoito-ohjeiden antaminen, emotionaalinen tuki.

Edellä mainittu luokittelu ei sovellu sellaisenaan palveluasumiseen, mutta tutkimuksessa käytettyä ajankäytön luokittelua voidaan soveltaen käyttää yleisemminkin. Ajankäyttö jaetaan usein neljään luokkaan: välilliseen, välittömään, osastoasioihin tai henkilökohtaisiin taukoihin. Työajankäyttötutkimuksia voidaan tehdä joko itsearviointina tai ulkopuolisen havainnoijan havainnoimana (ks. taulukko 1).

Laitoshoidossa tehdyt työaikatutkimukset ovat käytettyjen tutkimusmenetelmien sekä

työaikaluokittelun osalta yhteneviä kotihoidon työajankäyttötutkimuksiin nähden. Palveluasumisen sijoittuminen avo- ja laitoshoidon väliin ei liene ratkaiseva asia työajanseurantaan toteutettaessa. Yhteistä suurimmalle osalle edellä mainituista tutkimuksista oli ajankäytön jakaminen välittömään ja välilliseen hoitotyöhön sekä johtopäätöksenä tarve lisätä välittömän työn suhteellista osuutta.

TAULUKKO 1. Yhteenveto hoitotyön ajankäyttöön liittyvistä tutkimuksista

Tutkija(t), vuosi, tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Nikkilä, R. – Tolkki, P. 2000 Mitä työtehtäviä kotihoidossa tehdään, millaisina aikoina ja kuinka paljon niihin käytetään aikaa?	Helsingin kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon henkilökunta (n=6228 lomaketta viideltä päivältä) Työajan kartoituslomake suorat jakaumat, ristiintaulukointi, keskiarvovertailut	Kotipalvelussa (kp) välitöntä työtä on ollut keskimäärin 57,6% työajasta ja kotisairaanhoidossa (ksh) 44,3%. Ksh:ssa on ollut enemmän asiakaskäyntejä (6,3 käyntiä/pv) kuin kp:ssa (6,1 käyntiä/pv). Kp:ssa asiakkaan luona on oltu keskimäärin yksi tunti ja ksh:ssa puoli tuntia.
Tolkki, P. – Valvanne, J. 2002 tehdä vertailu vuoden 1999 työaikaseurantaan sekä selvittää välillisen ja välittömän työajan käytön muutoksia	Helsingin kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon henkilökunta (n=2153 lomaketta kahdelta päivältä) Työajan kartoituslomake suorat jakaumat, ristiintaulukointi, keskiarvovertailut	Kotipalvelun painopiste on siirtynyt kodinhoidollisesta perushoidollisempaan ja kotisairaanhoidossa perushoidollisesta sairaanhoidollisempaan suuntaan. Välittömän työajan osuus oli laskenut verrattuna v.1999.
Varis, M. – Tolkki, P. – Valvanne, J. 2003 seurantatutkimus vuoden 1999 ja 2001 työaikakartoituksille	Helsingin kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon henkilökunta (n=1997 lomaketta kahdelta päivältä) Työajan kartoituslomake suorat jakaumat, ristiintaulukointi, keskiarvovertailut	Välittömän työajan suhteellinen osuus työajasta oli noussut. Tutkimus osoitti työajan kohdentumista enenevässä määrin perushoidollisiin tehtäviin ja kodinhoidollisten tehtävien suhteellisen osuuden vähenemistä.
Tuomisto, R. 1997 selvittää kotisairaanhoidon hoitajien työn sisältöä ja työajan käyttöä	Turun kotisairaanhoidon henkilökunta (n= 98) Itseraportointi Sisällönanalyysi	Tulokset osoittavat mm. arkiamuina käytetyn vähemmän aikaa välittömään työhön kuin viikonloppuamuina. Kotisairaanhoidon kehittämisessä tulee kiinnittää huomiota niihin keinoihin, joilla voitaisiin siirtää välillisen hoitotyön toimintoja välittömän hoitotyön yhteyteen.

<p>Karvonen, H. 2005</p> <p>selvittää, saavatko potilaat hoidon tarpeen mukaista hoitoaikaa ja mitkä ovat ne tekijät, jotka ohjaavat hoidon allokointia</p>	<p>kahden hoiva- ja kahden akuuttiosaston potilaat (n=379)</p> <p>potilaan hoidon havainnointi osastolla sekä hoitohenkilöstön suorittama ja mittaama työn jakaumasuhde</p> <p>varianssianalyysi, monimuuttujamalli</p>	<p>Parhaiten potilaan saamaa hoitoaikaa selittää hoitoisuusluokitus ja potilaan viipymäaika osastolla.</p> <p>Naissukupuoli, käytetty lääkemäärä ja infektio vaikuttivat lisäävästi saatuun hoitoon.</p>
<p>Partanen, P. 2002</p> <p>tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten erikoissairaanhoidon hoitoympäristössä</p>	<p>viisi osa-aineistoa; mm. hoitohenkilökunnan (N=92) työajankäytön seuranta toimintolaskenta-menetelmällä hoitajien itseraportoina 10 min. välein kahden viikon ajalta</p> <p>frekvenssi- ja prosentuaaliset jakaumat, ristiintaulukointi, riippuvuuksien testaaminen</p>	<p>Hoitajien työajasta kohdentui 41% välittömään ja 35% välilliseen hoitotyöhön, 16% osastokohtaiseen työhön ja 8% henkilökohtaiseen ajankäyttöön.</p>
<p>Metsäpelto, R. – Tikkanen, E. 1995</p> <p>selvittää hoitohenkilökunnan välilliseen hoitotyöhön käyttämä työaika ja sen sisältö</p>	<p>Haukkalan sairaalan lastenpsykiatrian osaston hoitajat (n=21), työajan seuranta viikon ajalta (87 lomaketta)</p> <p>Suora ajankäytön mittaus 10 minuutin tarkkuudella</p> <p>Ristiintaulukointi, prosenttiosuudet, toimintojen ryhmittely otsikoittain</p>	<p>Välittömän hoitotyön osuus oli 39% ja välillisen työn osuus 61%. Välillinen työ sisälsi mm. tiedottamista, potilasneuvotteluja ja osaston toimintaa, huoltoon ja viihtyisyyteen liittyviä tehtäviä.</p>
<p>Hendrickson G. – Doddato, T. – Kovner, C. 1990</p> <p>verrata välittömään ja välilliseen hoitotyöhön käytettyä aikaa</p>	<p>satunnaisotos kuudesta yhdysvaltalaisesta sairaalasta</p> <p>havainnointitutkimus</p> <p>ajankäyttö jaettu 12 eri luokkaan</p>	<p>Laitoksessa vain 31% työajasta kohdentui välittömään hoitotyöhön, välilliseen kului 45%.</p>
<p>Hegney, D. – Plank, A. – Plank, V. 2003</p> <p>selvittää, kuinka hoitajat selviytyvät työtehtävistään työajan puitteissa</p>	<p>satunnaisotos Queenslandissa työskentelevistä hoitajista (n=1447)</p> <p>survey-menetelmä</p>	<p>Erityisesti vanhustenhuollossa työtä on runsaasti ja sitä ei ehditä hoitaa työvuoron puitteissa, hoitajilla on jatkuva riittämättömyyden tunne.</p>
<p>Fagerström, L. – Rainio, A. 1999</p> <p>kehittää menetelmä henkilöstöresurssien kohdentamiseen potilaille</p>	<p>työajankäyttötutkimus osana koko tutkimusta</p> <p>hoitajan (n=169) itseraportointi vuoron päättyessä</p>	<p>Tuloksena on kehitetty malli henkilöstöresurssien kohdentamiseksi.</p>

3.3 Työajan käytön mittaaminen

Mittaaminen on toimintaa, jonka avulla tunnussuurelle määritellään arvo. Arvo voi olla paljas luku tai lukuarvon ja mittayksikön tulo. (Laamanen ym. 1999: 65.) Työajankäyttöä mitattaessa tunnussuurena ovat ajan määreet, kuten esimerkiksi tunnit ja minuutit. Aikaa mitattaessa asteikko on absoluuttinen, eli muuttujan arvoilla on vain yksi merkitys (Metsämuuronen 2000: 48).

Työajankäyttöä mitattaessa mittaamisen menetelmät jaetaan yleensä kahteen ryhmään: arviointiin perustuviin menetelmiin ja tiedonkeruuseen perustuviin menetelmiin (Partanen 2002: 48). Arviointia käytetään silloin, kun systemaattinen tiedonkeruu ei ole mahdollista. Vaihtoehtoina tiedonkeruulle nähdään standardisoitu mittaaminen ja keskiarvojen mittaaminen. Mittaaminen voi tapahtua joko tutkijan havainnoimana tai itseraportointina. Mittaaminen voi olla jatkuvaa tai toteutua esimerkiksi toimintolaskenta-menetelmän avulla. Toimintolaskenta-menetelmällä tarkoitetaan määrävälein tehtyä ajankäytön seuranta. (Partanen 2002: 48–49.)

Työajan käyttöä voidaan mitata eri tavoin. **Subjektivisessa arviointimenetelmässä** asiantuntija arvioi itse työhönsä kuluvaan aikaan aiemman kokemuksensa perusteella. Menetelmän heikkoutena ovat kuitenkin suuret poikkeavuudet todellisuudesta. **Suora aikatutkimus** perustuu työtehtäviin käytetyn ajan mittaamiseen kellolla tehtävän alkamisesta sen loppumiseen. Menetelmä on luotettava, jos mittaus ei häiriinny eikä se häiritse työsuoritusta. Tulokset vaihtelevat kuitenkin henkilöstä riippuen. **Työotosten otto** tarkoittaa havainnoijan satunnaisesti tekemiä havaintoja sillä hetkellä tehtävistä toimenpiteistä. Työntekijöiden on yleensä helppo hyväksyä tämä metodi, ja se on myös kustannuksiltaan edullinen. Havainnointiaika tulee kuitenkin olla riittävän pitkä, noin 700–1000 havaintoa yhtä työntekijää kohti. **Moniulotteinen työotosmetodi** on harvoin käytetty mutta luotettava. Työntekijä kantaa mukanaan hälytintä, ja hälyttimen antaessa merkin työntekijä kirjaa muistiin sen, mitä on tekemässä. **Tilastollisessa tiedonkeruumenetelmässä** lasketaan tehtyä työtä, esimerkiksi reseptien käsittelyyn kuluvaan aikaan, tilastotietojen avulla. Tietoja verrataan eri laitosten kesken. **Standardiaikamittaus** menetelmässä arvioidaan tyypillinen aika, jonka koulutettu työntekijä käyttää tietyn työn tekemiseen normaalitahdissa. Menetelmän heikkoutena ovat eri työpaikkojen erot. (Metsäpelto – Tikkanen 1995: 4–5.)

Suosittelavimpina menetelminä edellä luetelluista työajanseurantamenetelmistä pidetään itseraportoivaa suoraa ajan mittaamista tai työtosten menetelmää. Nämä ovat luotettavimpia sekä käytännössä helposti toteutettavia menetelmiä. (Metsäpelto – Tikkanen 1995: 4–5.) Myös Partasen (2002: 49) mukaan työtosten menetelmä eli toimintolaskelma-menetelmä määrä välein mitattuna on käytännössä hyväksi havaittu menetelmä. Lisäksi Partasen mukaan itseraportoinnissa tulee suosia strukturoituja kyselylomakkeita, mikä lisää vastausten luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta (Partanen 2002: 49). Näitä menetelmiä oli käytetty myös hoitotyön ajankäyttötutkimuksissa, joita on kuvattu taulukossa 1.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkelogistisen palvelumallin tuomaa muutosta Itä-Helsingin palvelutalojen hoitohenkilökunnan työajankäytössä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Missä määrin hoitohenkilökunnan työajankäyttö muuttui lääkelogistisen palvelumallin käyttöönoton aikana
 - 1.1 lääkehuoltoon liittyviin asioihin käytetyn työajan suhteen?
 - 1.2 välittömään hoitotyöhön käytetyn työajan suhteen?
 - 1.3 välilliseen hoitotyöhön käytetyn työajan suhteen?
 - 1.4 muuhun käytetyn työajan suhteen?
2. Missä määrin toimintakykyä tukevaan työhön käytetty työaika muuttui?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusasetelma

Itä-Helsingin palvelutalojen hoitohenkilökunnalle tehtiin työajanseuranta syksyllä 2005 ennen lääkelogistiikkaprojektin alkamista ja toinen seuranta noin vuoden kuluttua, syksyllä 2006. Tuloksia vertailemalla arvioitiin projektin vaikutusta työajan kohdentumiseen asiakkaille. Jotta voitaisiin perustellusti sanoa projektin onnistuneen, olisi havaittava selkeää parannusta mitatussa kohteessa (Koskinen 2005: 37). Tässä tutkimuksessa parannuksella tarkoitetaan lääkehoitoon käytetyn ajan vähenemistä ja välittömään hoitotyöhön käytetyn ajan lisääntymistä. Selkeällä parannuksella tarkoitetaan tilastollisesti merkitsevää eroa.

Tutkimusasetelma oli muodoltaan OXO-asetelma (Erätuuli – Leino – Yli-Luoma 1996: 22). Tutkimuksessa osallistujat raportoivat ensin lähtötilanteen (Observation), ja koevaikutusten (X) jälkeen tehtiin uusi mittausta (Observation). Tarkoituksena oli selvittää, tapahtuiko mittausten välillä muutosta. Tässä tutkimuksessa mitattiin hoitohenkilökunnan ajankäyttöä ja koevaikutuksena oli lääkelogistinen palvelumalli, jossa osa hoitohenkilökunnan lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä siirtyi apteekin hoidettavaksi. Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää.

5.2 Tutkimuksen eteneminen

Tarve tutkimuksen tekemiselle ilmeni lääkelogistiikkaprojektin alkaessa syksyllä 2005. Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa oli jo aiemmin mietitty erilaisten lääkelogististen palvelumallien kehittämistä, ja nyt testattavaksi valitun mallin toimivuutta tuli arvioida. Lääkelogistiikkaprojektin evaluointitutkimus annettiin Stakesin tehtäväksi, ja se piti sisällään prosessikuvauksen sekä loppukäyttäjien ja hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkelogistisesta palvelumallista ja muistuttavasta lääkeannostelijasta. Sen sijaan tämän tutkimuksen tekijän mielenkiinto kohdistui työajankäyttöön. Lääkelogistiikkaprojekti sekä opinnäytetyön aiheen valinta osuivat samaan ajankohtaan, mikä vaikutti tutkimuksen toteuttamiseen.

Tämän tutkimuksen suunnittelu alkoi aiempiin työajankäytön tutkimuksiin

perehtymisestä. Samanaikaisesti kirjallisuuteen tutustumisen kanssa alkoi mittarin kehittäminen. Mittari valmistui marraskuussa 2005, tutkimuslupa Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusvastuualueelta myönnettiin 18.11.2005 ja ensimmäinen työajanseuranta toteutettiin marras–joulukuun vaihteessa 2005. Lääkelogistiikkaprojekti oli alkuaan suunniteltu vuoden kestäväksi kokeiluksi ja siksi seurantakysely toteutettiin syyskuussa 2006. Käytännössä lääkelogistiikkaprojekti jatkui vielä vuoden 2006 loppuun asti Tekesin lisärahoituksella.

Jälkimmäisen kyselyn työajanseurantalomakkeet käsiteltiin vuoden 2006 syksyllä. Marraskuussa 2006 alkoi tulosten analysointi. Tutkimuksen kirjoittaminen jatkui alkuvuoteen 2007. Tutkimus julkaistiin keväällä 2007 Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusvastuualueella (ks. taulukko 2).

TAULUKKO 2: Tutkimuksen toteuttaminen suhteessa lääkelogistiikkaprojektiin

LÄÄKELOGISTIIKKAPROJEKTI		TUTKIMUKSEN ETENEMINEN
	2005	
projektin suunnittelu	syyskuu	opinnäytetyön aiheen valitseminen
1.10.2005 lääkelogistiikkaprojekti alkaa	lokakuu	tutkimussuunnitelman kirjoittaminen, aiempiin tutkimuksiin perehtyminen, mittarin laatiminen
suunnittelua yhteistyökumppaneiden kanssa, asiakkaille tiedottaminen	marraskuu	Tutkimuslupa myönnettiin 18.11.2005, 1. työaikakysely 28.11.-2.12.2005
1.12.2006-31.1.2007 apteekin annosjakelu palvelutaloihin	joulukuu	
	2006	
	tammikuu	kirjallisuuteen perehtymistä, teoriataustan kirjoittamista
	maaliskuu	1. työaikakyselyn tulosten käsittely
muistuttavat lääkeannostelijat käyttöön	huhtikuu	
	syyskuu	2. työaikakysely 25.-29.9.2006
Projektille jatkoa 1.10.-31.12.2006	lokakuu	2. työaikakyselyn tulosten käsittely
	marraskuu	tulosten analysointi
projekti päättyy	joulukuu	
	2007	
	tammikuu	opinnäytetyön kirjoittaminen
	huhtikuu	opinnäytetyön julkaiseminen

5.3 Tutkimusjoukko

Tutkimus toteutui neljässä Itä-Helsingin palvelutalossa (Itäkeskus, Myllypuro, Rudolf ja Vuosaari), joihin sisältyy kolme dementia-ryhmäkotiä (Voikukka, Myllykoti ja Roosakoti). Palvelutaloissa oli hoitohenkilökuntaan kuuluvia työntekijöitä tutkimuksen toteutuksen aikaan marraskuussa 2005 104 työntekijää ja syyskuussa 2006 111 työntekijää. Tutkimuksesta rajattiin pois palvelutalon johtajat ja toimistohenkilökunta.

Työajanseuranta koski kaikkia kyseisinä ajankohtina työvuorossa olleita hoitotyötä tekeviä työntekijöitä. Marraskuun 2005 ja syyskuun 2006 välisenä aikana henkilökunnassa tapahtui joitakin yksittäisiä muutoksia, mutta vastaajajoukko oli pääsääntöisesti sama molemmilla kerroilla.

5.4 Mittarin kehittäminen

Tätä tutkimusta varten laadittiin oma työajanseurantalomake (Liitteet 2 ja 3), koska palvelutalojen työajanseurantaa varten ei ollut valmista mittaria. Hoitotyössä käytetyistä mittareista mikään ei vastannut tämän tutkimuksen tarpeita eritellä lääkehoitoon käytettyä aikaa. Työajanseurantalomakkeen laadinnassa käytettiin apuna kolmea Helsingin kotihoidolle toteutettua työajan seurantaa vuosina 1999 (Nikkilä – Tolkki 2000), 2001 (Tolkki – Valvanne 2002) ja 2003 (Varis ym. 2003) sekä Herttoniemen terveysasemalla vuonna 2003 (Soini 2003) toteutettua terveydenhoitajien työajan seurantaa. Mainittujen mittareiden toimivuudesta oli hyviä kokemuksia, mutta mittareita ei oltu validoitu. Tutkimuksen reliabiliteetista eli toistettavuudesta oli kuitenkin tietoa, sillä Helsingin kotihoidon kolmessa työaikatutkimuksessa oli käytetty samaa kyselylomaketta.

Koska tutkimuksessa käytettävästä mittarista, työajanseurantalomakkeesta, ei ollut ennestään kokemusta, mittarin kehittämiseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Lomakkeen käytettävyyttä testattiin Itäkeskuksen palvelutalossa yhden päivän ajan marraskuussa 2005. Esitestauksen tarkoituksena oli löytää lomakkeen ongelmakohdat, jotta ne voitiin poistaa tai muuttaa ennen varsinaista kyselyä (Knapp 1998: 208). Aikataulusyistä lomakkeen esitestaaminen jäi vain yhden päivän mittaiseksi, mutta testauksella saatiin kuitenkin arvokasta tietoa. Työaikakoodien luokittelua ja sisältöjä muokattiin esitestauksen ja varsinaisen kyselyn välillä alkuperäistä selkeämmin ymmärrettäviksi.

Lomakkeen suunnittelussa ja tutkimuksen toteutuksessa asiantuntijaohjaajana toimi TtT Seija Muurinen Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastuualueelta. Arvokasta palautetta ja apua antoivat myös Itä-Helsingin vanhusten palvelutalojen johtajat.

Lomakkeessa taustamuuttujina olivat palvelutalo, tehtävänimike ja tutkimuspäivä. Hoitohenkilökunnan työtehtävät jaettiin 30 eri otsikkoon, jotka puolestaan jakautuivat neljään luokkaan: lääkehuoltoon liittyvät asiat, välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö sekä muu työajan käyttö. Lomakkeessa kartoitettiin eri työtehtäviin käytettyä aikaa 10 minuutin jaksoina. Kellonajan ja viikonpäivän kohdalle merkittiin sitä työtehtävää vastaava numero, johon kyseinen 10 minuutin ajanjakso oli pääasiallisesti kohdentunut. Yhteen ruutuun merkittiin vain yksi työtehtävää vastaava numero.

Palvelutalojen johtajilta kartoitettiin lisäksi taustatiedoiksi työajankartoitusta koskevalta ajalta henkilökunnan ja asiakkaiden määrä (Liite 4). Tämän tiedon merkitys korostui erityisesti vastausprosentin laskemisessa.

5.5 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin kyselymenetelmää käyttäen syksyllä 2005 sekä syksyllä 2006 viitenä peräkkäisenä arkipäivänä, maanantaista perjantaihin. Lääkejakelu dosetteihin, reseptien uusinta ja apteekissa asiointi tapahtuivat pääsääntöisesti arkipäivinä ja viikonloppuisin hoidettiin ainoastaan akuutit lääkehoidon tehtävät. Tällä perusteella viikonloppu rajattiin tutkimusajan ulkopuolelle. Viiden päivän mittaisen aineistonkeruun avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman todellinen käsitys erityisesti lääkehoitoon kuluva ajasta. Tutkimusjakson aikana jokaisen asiakkaan lääkehoito oli hoidettava riippumatta yksittäisten työntekijöiden vapaapäivistä, vuosi- tai sairauslomista.

Ajankäytön seuranta toteutui tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan itseraportoimana kyselylomakkeelle työtehtävien lomassa. Itä-Helsingin neljän palvelutalon kaikille hoitotyötä tekeville työntekijöille jaettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja palautusohjeet, työajanseurantalomake (Liitteet 2 ja 3) sekä palautuskuori. Työntekijät täyttivät lomaketta seuranta-ajalla työvuorojensa osalta. Palvelutalokohtaisesti oli sovittu yhteyshenkilö, joka keräsi suljetut kirjekuoret ja palautti ne tutkimuksen tekijälle.

Yhteyshenkilönä ei saanut olla palvelutalon johtaja.

5.6 Aineiston käsittely ja analysointi

Kyselyjen toteuttamisen jälkeen palautetuista vastauslomakkeista laskettiin yhteen eri toimintoihin käytetty aika. Kuhunkin neljään pääluokkaan käytetty aika eriteltiin lisäksi omiin sarakkeisiinsa. Yhteenlasketut summat kirjattiin Excel-taulukkoon, josta ne edelleen siirrettiin SPSS-ohjelmaan. Tulokset kuvattiin prosentteina, keskiarvoina sekä alku- ja lopputilanteiden välisiä eroja vertailemalla. Tulosten tilastollisessa tarkastelussa käytettiin Wilcoxonin merkkitestistä. Ei-parametriseen testiin päädyttiin, koska aineisto ei ollut normaalisti jakautunut (Liite 5).

Taustamuuttujina käytettiin palvelutaloa ja tehtävänimikettä. Työajankäyttöä ei verrattu eri viikonpäivien kesken, vaan tällä taustamuuttujalla oli kyselylomakkeessa merkitystä ainoastaan vastaajan kirjaamisen helpottamisena. Analysoinnissa otettiin huomioon työajankäyttö kaikkien arkipäivien osalta yhteenlaskettuna.

Tutkimuskysymyksessä 1 käytetyt summamuuttujat rakentuivat kyselylomakkeen (liitteet 2 ja 3) luokittelusta siten, että tutkimuskysymykseen 1.1 ”Missä määrin hoitajien työajan käyttö muuttui lääkelogistisen palvelumallin käyttöönoton aikana lääkehoitoon liittyviin asioihin käytetyn työajan suhteen” vastasivat muuttujat 1–5, kysymykseen 1.2 ”...välittömään hoitotyöhön käytetyn työajan suhteen” muuttujat 6–19, kysymykseen 1.3 ”...välilliseen hoitotyöhön käytetyn työajan suhteen” muuttujat 20–23 ja kysymykseen 1.4 ”...muuhun käytetyn työajan suhteen” muuttujat 24–30. Tässä luokittelussa lääkehoitoon käytetyllä ajalla tarkoitettut tekijät ovat todellisuudessa osittain myös välillistä hoitotyötä, mutta tutkimuksen tarkoituksena oli erottaa lääkehoitoon käytetyn ajan muutos muusta työajankäytöstä, joten lääkehoitoa ei ole laskettu mukaan muuhun välilliseen hoitotyöhön.

Tutkimuskysymyksessä 2 toimintakykyä tukevalla toiminnalla ja sen kehittämisellä tarkoitetaan pitkälti samoja asioita kuin välittömässä hoitotyössä. Kyselylomakkeen välitöntä hoitotyötä kuvaavista tekijöistä 6–19 muuttujat 6 (akuuttihoito), 13 (hoitotoimenpiteet) ja 14 (näytteiden otto) eivät suoranaisesti tue toimintakykyä. Tutkimuskysymykseen kaksi vastaavat siten kysymyslomakkeen muuttujat 7–12 ja 15–19.

6 TULOKSET

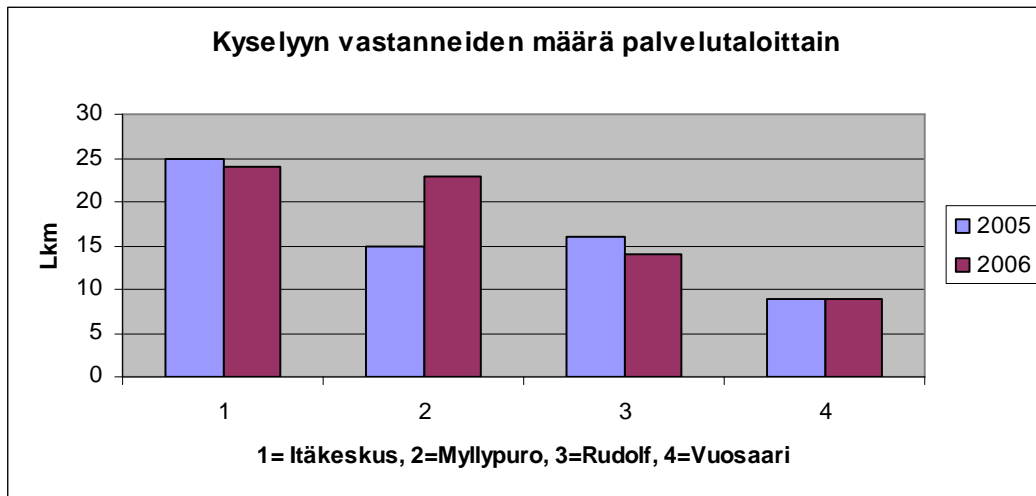
6.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Kyselyyn tuli vastauksia jokaisesta tutkimusjoukkoon kuuluvasta neljästä palvelutalosta. Vastaukset jakautuivat kaikkiin nimikeryhmiin (palvelutalon hoitaja, palvelutalon sairaanhoitaja, ryhmäkodin hoitohenkilökunta). Jossakin lomakkeessa vastaaja oli korjannut nimikkeekseen kohdan ”palvelutalon hoitohenkilökunta”, jolloin vastaus laskettiin kuuluvaksi kohtaan ”palvelutalon hoitaja”.

Marraskuussa 2005 työajanseurantalomakkeita palautettiin 65 kpl. Hoitotyön vakansseja palvelutaloissa kyselyn toteutusajankohtana oli 104, joten vastausosuudeksi tuli 63%. Vastaajien jakauma palvelutaloittain on esitelty kuviossa 2. Palvelutalojen johtajilta kysyttiin myös, kuinka monta työntekijää oli töissä tutkimusviikolla ja kuinka monen työntekijän olisi täten ollut teoriassa mahdollista palauttaa kyselylomake. Näin olisi saatu todenmukaisempi vastausprosentti. Kaikista taloista tätä tietoa ei kuitenkaan saatu, joten vastausprosentti pohjautuu vakanssimäärään riippumatta siitä, olivatko kaikki vakanssit täytettyjä tai oliko joku työntekijöistä esimerkiksi koko viikon vuosilomalla.

Syyskuussa 2006 Itä-Helsingin palvelutaloissa oli 111 hoitotyön vakanssia. Tälläkin tutkimusviikolla kysyttiin työssä olleiden työntekijöiden määrää, mutta kaikista taloista tietoa ei saatu. Lomakkeita palautettiin yhteensä 70 kpl. Vastausprosentti oli täsmälleen sama kuin vuotta aiemmin, 63%.

Palvelutalokohtaiset vastausprosentit vaihtelivat 34:stä 90:een. Itäkeskuksessa vuonna 2005 vastasi 83% (25/30) ja vuonna 2006 80% (24/30) hoitohenkilökunnasta. Myllypurossa kyselyyn vastasi vuonna 2005 58% (15/26) ja vuonna 2006 77% (23/30) työntekijöistä. Rudolfissa vastaajia oli vuonna 2005 42% (16/38) ja vuonna 2006 34% (14/41). Vuosaaressa vuonna 2005 vastasi 90% (9/10) ja vuonna 2006 82% (9/11) työntekijöistä. Vakanssimäärät tarkoittavat hoitotyössä olevia työntekijöitä sisältäen myös työllistettyjä ja oppisopimusopiskelijoita, jotka osallistuvat hoitotyöhön. Tiedot henkilökunnan määristä perustuvat palvelutalojen johtajien antamiin vastauksiin.



KUVIO 2: Työajanseurantakyselyyn vastanneiden jakautuminen palvelutaloittain

Syksyn 2005 vastauksissa seitsemästä lomakkeesta puuttuivat vastaajan taustatiedot. Kyseiset lomakkeet palautettiin samassa kirjekuussa ja lomakkeet lähettäneen yhteyshenkilön tiedoista voitiin kuitenkin päätellä vastaajien työpisteeksi ryhmäkoti ja siten vastaajat ryhmäkodin hoitohenkilökunnan jäseniksi. Koska vastauksia käsitellään joko palvelutalokohtaisesti tai kaikki ryhmäkodit yhteenlaskettuna, voidaan kyseiset lomakkeet ottaa mukaan tutkimukseen ilman, että kyseiset vastaajat paljastuisivat. Syksyllä 2006 vastaajan taustatiedot puuttuivat neljästä lomakkeesta, mutta myös tällöin vastaajien voitiin päätellä kuuluvan samaan työpisteeseen, jonka palautuslomakkeiden joukossa kyseiset lomakkeet saapuivat. Lisäksi syksyn 2006 vastauksissa kaksi vastaajaa oli merkinnyt työpisteekseen eri palvelutalon, josta lomakkeet palautettiin. Nämä lomakkeet huomioitiin kuitenkin sen palvelutalon vastauksiksi, joista lomakkeet todellisuudessa palautettiin.

Syksyn 2005 vastaajista palvelutalojen hoitajia oli 61% (40/65), sairaanhoitajia 8% (5/65) ja ryhmäkodin hoitohenkilökuntaa 20% (13/65). Seitsemässä lomakkeessa (11%) vastaajan nimike puuttui. Syksyllä 2006 vastaavasti palvelutalon hoitajia oli 66% (46/70), palvelutalon sairaanhoitajia 11% (8/70) ja ryhmäkodin hoitohenkilökuntaa 23% (16/70).

6.2 Lääkelogistisen palvelun tuoma muutos hoitajien työajan käytössä

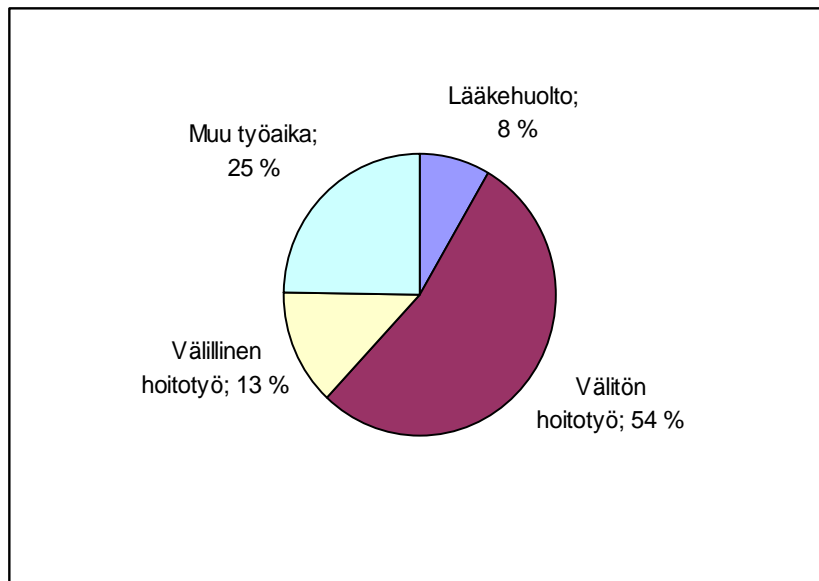
6.2.1 Muutokset lääkehuoltoon käytetyssä ajassa

Lääkehuollolla tarkoitettiin kyselylomakkeessa reseptien uusintaa, lääkkeiden tilausta ja lääkemuutosten ilmoittamista apteekkiin, lääkejakoa, lääkkeen antamista asiakkaalle sekä apteekissa asiointia. Kyselylomakkeessa käytetyn lääkehuolto-otsikon alle on sisällytetty niin lääkehuollon, lääkelogistiikan kuin läkehoidonkin tekijöitä. Tarkoituksena on ollut kartoittaa kaikkea lääkkeisiin liittyvää työajankäyttöä. Liitteissä 2 ja 3 on esitelty kyselylomake sekä työtehtäviäluokat.

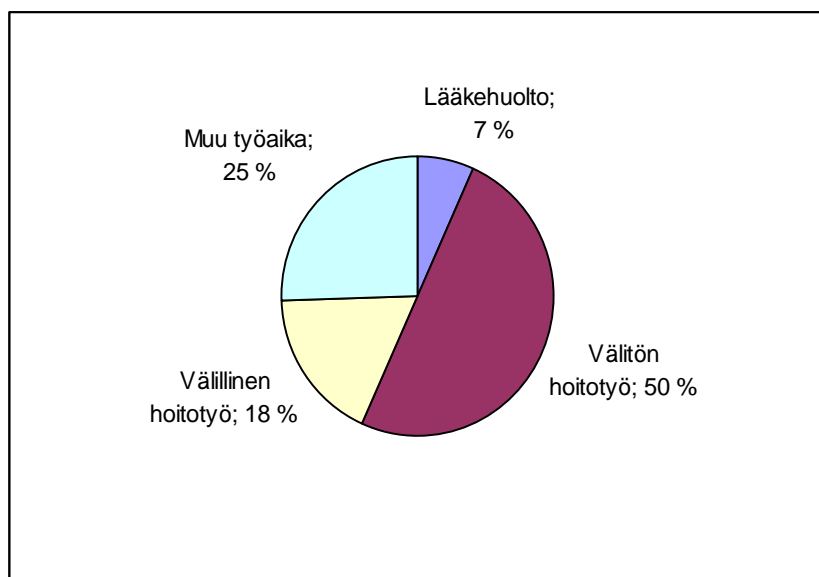
Lääkehuoltoon käytettiin ensimmäisen kyselyn aikana viidessä peräkkäisessä arkipäivässä yhteensä 8860 minuuttia työaikaa, mikä tarkoittaa 136 minuuttia vastaajaa kohden (n=65). Seurantakyselyn aikana syyskuussa 2006 lääkehuoltoon käytettiin vastaavana ajanjaksona yhteensä 8090 minuuttia, joten tuolloin vastaaja (n=70) käytti keskimäärin 116 minuuttia aikaa lääkehuollon toteuttamiseen. Keskiarvoja verrattaessa lääkehuoltoon käytetty työaika oli vähentynyt 21 minuuttia työntekijää kohti viiden arkipäivän jaksolla.

Kaikki vastaajat eivät olleet käyttäneet lainkaan aikaa lääkehuollon tehtäviin tutkimusjakson aikana. Vastaajista syksyllä 2005 yhteensä 61 työntekijää ja syksyllä 2006 65 työntekijää oli käyttänyt aikaa lääkehuollon tehtäviin. Lääkehuollon tehtäviä tehneiden työntekijöiden kesken syksyllä 2005 oli käytetty keskimäärin 145 minuuttia ja syksyllä 2006 125 minuuttia. Näin laskettuna työntekijän keskimäärin lääkehuoltoon käyttämä aika oli vähentynyt 20 minuuttia viiden peräkkäisen arkipäivän aikana tarkasteltuna. Tarkemmat luvut on esitetty liitteen 6 taulukossa 9.

Vuoden 2005 työaikakyselyissä työaikaa käytettiin yhteensä 106560 minuuttia viitenä peräkkäisenä arkipäivänä. Lääkehuollon osuus kokonaistyöajankäytöstä oli tuolloin 8,3%. Vuonna 2006 kyselyyn vastanneiden kokonaistyöaika oli 119660 minuuttia, joten lääkehuollon osuus oli 6,8%. (Kuviot 3 ja 4).



KUVIO 3: Työajan jakautuminen marraskuussa 2005

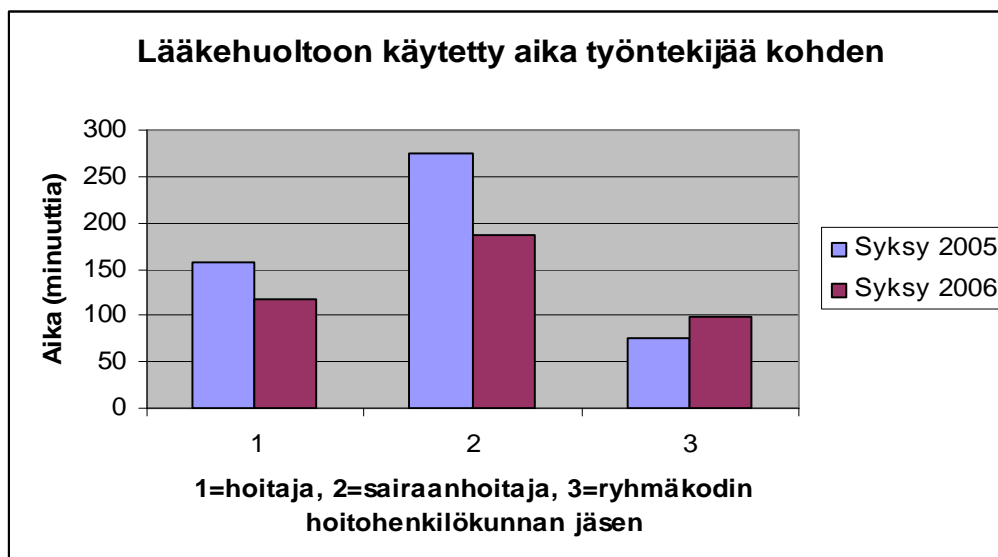


KUVIO 4: Työajan jakautuminen syyskuussa 2006

Lääkehuoltoon käytetty työaika vaihteli työntekijöiden kesken suuresti. Molempien kyselyiden vastaajista yhdeksän ei ollut käyttänyt lainkaan työaikaan lääkehuollon tehtäviin. Lääkehuoltoa tehneistä vastaajista yksittäinen vastaaja oli vähimmillään käyttänyt lääkehuollon tehtäviin 10 minuuttia ja enimmillään 490 minuuttia viiden peräkkäisen arkipäivän aikana. Nämä luvut sisältävät molempien kyselykertojen vastaukset.

Keskihajonta oli 99,2. Tarkemmat luvut löytyvät liitteen 6 taulukosta 9.

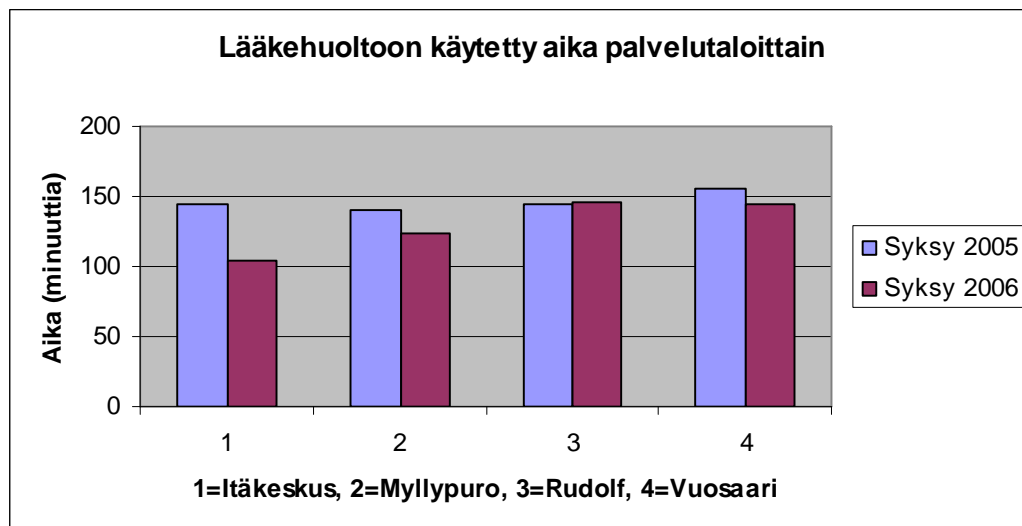
Kyselylomakkeessa yhtenä taustamuuttujana oli vastaajan tehtävänimike. Syksyn 2005 kyselyssä viitenä peräkkäisenä arkipäivänä hoitajat (n=38) käyttivät lääkehuoltoon yhteensä 5990 minuuttia ja sairaanhoitajat (n=5) 1370 minuuttia. Työntekijää kohden hoitajat käyttivät kyseisenä ajanjaksona lääkehuoltoon keskimäärin 158 minuuttia ja sairaanhoitajat 274 minuuttia. Ryhmäkodin henkilökunta käytti vastaavana ajanjaksona lääkehuoltoon 910 minuuttia. Lisäksi syksyn 2005 kyselyssä oli vastauksia, joista puuttui vastaajan taustatieto, mutta vastaukset voitiin tulkita ryhmäkotien vastauksiksi. Näissä lomakkeissa lääkehuoltoon oli käytetty 590 minuuttia, joten ryhmäkotien henkilökunta käytti lääkehuoltoon yhteensä 1500 minuuttia. Ryhmäkodin työntekijää (n=20) kohden käytetyksi ajaksi tuli 75 minuuttia. Syksyllä 2006 hoitajat (n=40) käyttivät lääkehuoltoon yhteensä 5010 minuuttia, sairaanhoitajat (n=8) 1490 minuuttia ja ryhmäkodin henkilökunta (n=16) 1590 minuuttia kyselyn aikana. Keskimäärin työntekijää kohti hoitajat käyttivät lääkehuoltoon syksyllä 2006 117 minuuttia, sairaanhoitajat 186 minuuttia ja ryhmäkodin henkilökunta 99 minuuttia viitenä peräkkäisenä arkipäivänä. Hoitajilla lääkehuoltoon käytetty työaika väheni 41 minuuttia ja sairaanhoitajilla 88 minuuttia. Ryhmäkodin henkilökunnalla lääkehuoltoon käytetty työaika lisääntyi 24 minuuttia. (Kuvio 5).



KUVIO 5: Lääkehuoltoon käytetyn työajan muutos tehtävänimikkeittäin

Toisena taustamuuttujana oli palvelutalo, jossa vastaaja työskenteli. Itäkeskuksessa (n=21) lääkehuoltoon käytettiin syksyllä 2005 yhteensä 3040 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=20) 2070 minuuttia viiden peräkkäisen arkipäivän aikana. Keskimäärin työntekijää kohti käytetty aika oli syksyllä 2005 145 minuuttia ja syksyllä 2006 104 minuuttia. Lääkehuoltoon käytetty aika väheni keskimäärin 41 minuuttia. Myllypurossa käytettiin vastaavana ajanjaksona syksyllä 2005 (n=15) yhteensä 2100 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=23) 2820 minuuttia. Myllypurossa työntekijää kohden laskettu lääkehuoltoon käytetty työaika väheni 17 minuuttia, 140 minuutista 123 minuuttiin. Rudolfissa syksyllä 2005 (n=16) kului lääkehuoltoon 2320 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=14) 2040 minuuttia viiden peräkkäisen arkipäivän aikana. Työntekijää kohden käytetty aika oli syksyllä 2005 keskimäärin 145 minuuttia ja syksyllä 2006 146 minuuttia. Näin ollen kyselyiden välillä ei ollut eroa. Vuosaaressa käytettiin syksyllä 2005 (n=9) lääkehuoltoon 1400 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=8) 1160 minuuttia. Keskimääräinen lääkehuoltoon käytetty aika väheni Vuosaaressa 11 minuuttia, 156 minuutista 145 minuuttiin. Lääkehuoltoon käytetyn työajan muutos palvelutaloittain on nähtävissä kuviossa 6.

Tilastollisesti tarkasteltuna vuoden 2005 ja vuoden 2006 lääkehuollon tehtäviin käytettyjen työaikamäärien välillä ei ollut eroa (Liite 7).



KUVIO 6: Lääkehuoltoon käytetty työaika työntekijää kohden palvelutaloittain

6.2.2 Muutokset välittömään hoitotyöhön käytetyssä ajassa

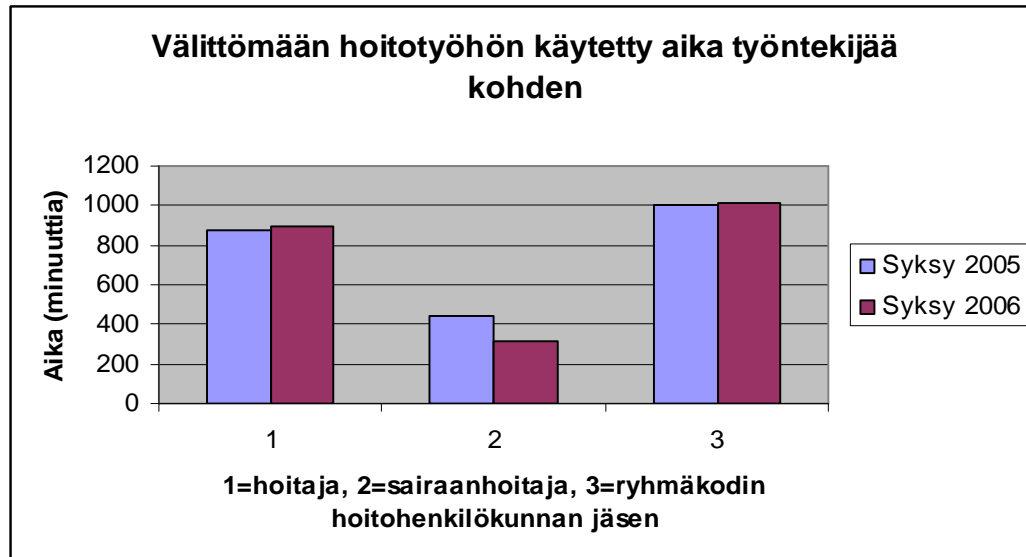
Välittömään hoitotyöhön käytettiin syksyllä 2005 viitenä peräkkäisenä arkipäivänä yhteensä 57280 minuuttia ja syksyllä 2006 vastavana ajanjaksona 59870 minuuttia. Työntekijää kohti laskettuna välittömään hoitotyöhön käytettiin tutkimusjakson aikana syksyllä 2005 (n=65) keskimäärin 881 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=70) 855 minuuttia. Välittömään hoitotyöhön käytetty aika väheni kyselyiden välillä 26 minuuttia työntekijää kohti viiden peräkkäisen arkipäivän aikana. Kaikki vastaajat olivat tehneet välitöntä hoitotyötä kyselyn aikana.

Käytetystä työajasta syksyllä 2005 (yhteensä 106560 minuuttia) välittömän hoitotyön osuus oli 53,8%. Syksyllä 2006 (yhteensä 119660 minuuttia) välittömän hoitotyön osuus oli 50%. (Kuviot 3 ja 4).

Hajonta vastausten kesken oli suuri. Vähimmillään vastaaja oli käyttänyt työaikaansa välittömään hoitotyöhön 40 minuuttia ja enimmillään 1770 minuuttia viiden peräkkäisen arkipäivän seurantajaksolla. Keskihajonta oli 380,3. Tarkat luvut löytyvät liitteen 6 taulukosta 9.

Hoitajat käyttivät viitenä peräkkäisenä arkipäivänä lääkehuoltoon syksyllä 2005 yhteensä 35000 minuuttia ja syksyllä 2006 41140 minuuttia. Syksyllä 2005 hoitajat (n=40) käyttivät työaikaansa välittömään hoitotyöhön keskimäärin 875 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=46) 894 minuuttia. Sairaanhoidajilta välittömään hoitotyöhön kului viiden peräkkäisen arkipäivän aikana syksyllä 2005 2230 minuuttia ja syksyllä 2006 2510 minuuttia. Keskimäärin sairaanhoidaja käytti välittömään hoitotyöhön syksyllä 2005 (n=5) 446 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=8) 314 minuuttia. Ryhmäkodin hoitohenkilökunnalta kului työaika syksyllä 2005 (n=20) välittömään hoitotyöhön 20050 minuuttia, mikä tekee 1003 minuuttia työntekijää kohden. Vastaavasti syksyllä 2006 (n=16) ryhmäkodeissa käytettiin yhteensä 16220 minuuttia, jolloin keskimäärin välittömään hoitotyöhön käytettiin 1014 minuuttia. Ryhmäkodin henkilökuntaan on syksyn 2005 luvuissa laskettu mukaan ne vastaajat, jotka eivät olleet ilmoittaneet tehtävänimikettään, mutta jotka voitiin päätellä olevan ryhmäkodista. Välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli lisääntynyt hoitajilla keskimäärin 19 minuuttia työntekijää kohti ja ryhmäkodin työntekijöillä keskimäärin 11 minuuttia. Sairaanhoidajilla sen sijaan välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli vähentynyt

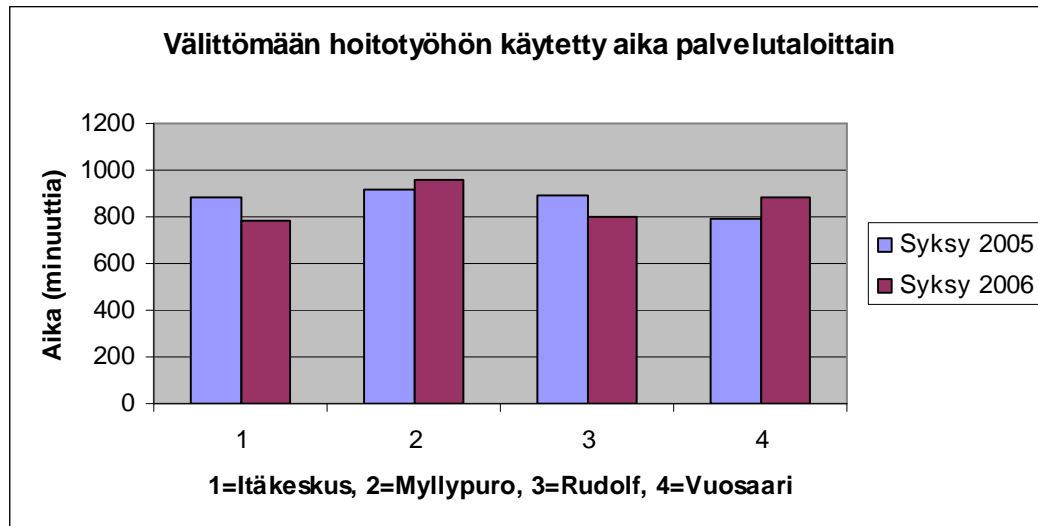
132 minuuttia. Ammattiryhmittäin tapahtuneet muutokset välittömän hoitotyön käytössä ovat nähtävissä kuviossa 7.



KUVIO 7: Välittömään hoitotyöhön käytetyn työajan muutos tehtävänimikkeittäin

Palvelutalojen kesken välittömään hoitotyöhön käytetty aika viiden peräkkäisen arkipäivän aikana tarkasteltuna muuttui seuraavasti. Itäkeskuksessa välittömään hoitotyöhön käytettiin syksyllä 2005 (n=25) yhteensä 22110 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=24) 18770 minuuttia. Keskimääräinen välittömään hoitotyöhön käytetty aika väheni 884 minuutista 782 minuuttiin. Myllypurossa syksyllä 2005 (n=15) välittömään hoitotyöhön käytettiin 13750 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=23) 22000 minuuttia. Keskimääräinen välittömään hoitotyöhön käytetty aika lisääntyi 917 minuutista 957 minuuttiin. Rudolfissa syksyllä 2005 (n=16) käytettiin välittömään hoitotyöhön yhteensä 14320 minuuttia ja syksyllä 2006 11140 minuuttia. Keskimääräinen välittömään hoitotyöhön käytetty aika väheni 895 minuutista 796 minuuttiin. Vuosaassa syksyllä 2005 (n=9) käytettiin välittömään hoitotyöhön yhteensä 7100 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=9) 7960 minuuttia. Vuosaassa keskimääräinen työntekijän välittömään hoitotyöhön käyttämä aika lisääntyi 789 minuutista 884 minuuttiin. Välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli lisääntynyt Myllypurossa ja Vuosaassa. Itäkeskuksessa ja Rudolfissa välittömään hoitotyöhön käytetty aika oli sen sijaan vähentynyt. Palvelutaloittain tapahtuneet työajan käytön muutokset näkyvät kuviossa 8.

Tilastollisesti tarkasteltuna vuosien 2005 ja 2006 välillä välittömään hoitotyöhön käytettyjen työaikamäärien välillä ei ollut eroa (liite 7).



KUVIO 8: Välittömään hoitotyöhön käytetty työaika työntekijää kohden palvelutaloittain

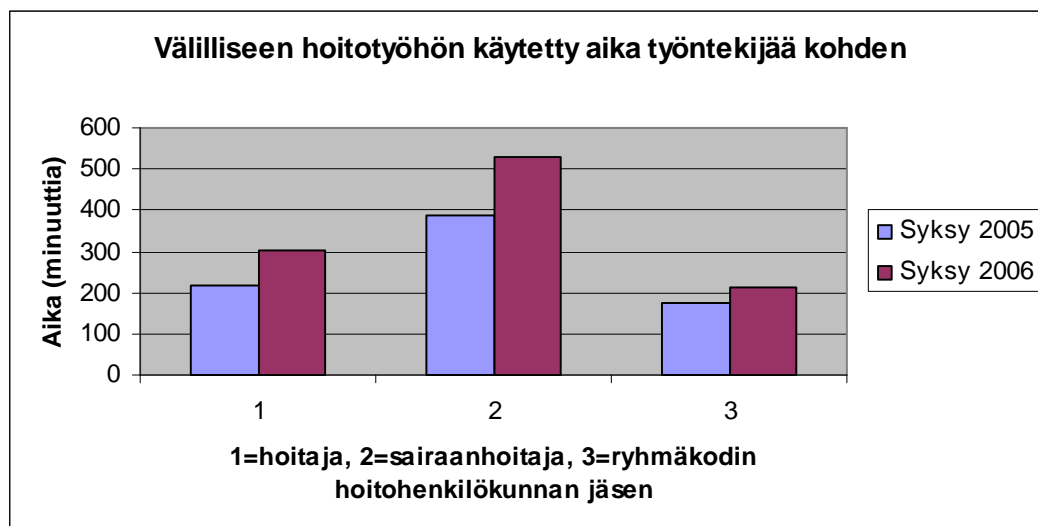
6.2.3 Muutokset välilliseen hoitotyöhön käytetyssä ajassa

Välilliseen hoitotyöhön käytettiin viiden peräkkäisen arkipäivän aikana syksyllä 2005 aikaa 14180 minuuttia, mikä tekee 218 minuuttia työntekijää (n=65) kohti. Syksyllä 2006 välilliseen hoitotyöhön käytettiin vastaavana ajanjaksona 21270 minuuttia, jolloin työntekijä (n=70) käytti keskimäärin 304 minuuttia näihin tehtäviin. Syksyn 2006 vastausten perusteella yksi vastaajista ei käyttänyt työaikaansa lainkaan välillisiin tehtäviin, joten syksyn 2006 välitöntä hoitotyötä tehneet vastaajat (n=69) käyttivät näihin tehtäviin keskimäärin 308 minuuttia. Välillisen hoitotyön osuus oli lisääntynyt 90 minuuttia vastaajaa kohti.

Välillisen hoitotyön osuus kaikesta työajan käytöstä oli syksyllä 2005 13,3%. Syksyllä 2006 vastaava luku oli 17,8%. Välillisen hoitotyön prosentuaalinen osuus oli lisääntynyt 4,5 prosenttiyksikköä. (Kuviot 3 ja 4).

Välilliseen työhön työaikaansa käyttäneiden kesken välilliseen hoitotyöhön käytetty aika jakautui suuresti. Vähimmillään vastaaja oli käyttänyt aikaa näihin tehtäviin 10 minuuttia ja enimmillään 990 minuuttia. Keskihajonta oli 180,2. Tarkat luvut löytyvät liitteen 6 taulukosta 9.

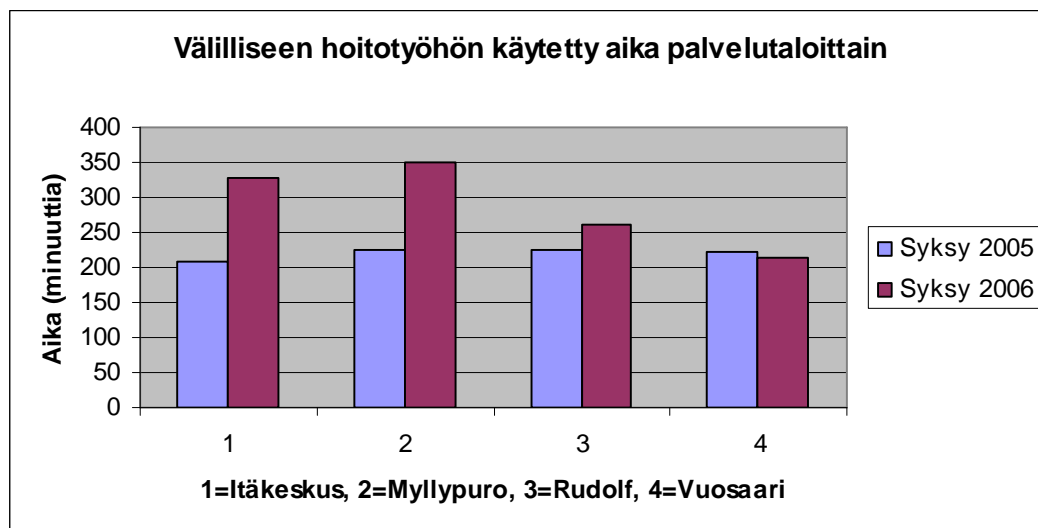
Hoitajat käyttivät viiden peräkkäisen arkipäivän aikana välilliseen hoitotyöhön syksyllä 2005 yhteensä 8710 minuuttia ja syksyllä 2006 13610 minuuttia. Vastaajaa kohden laskettuna keskimääräinen välilliseen hoitotyöhön käytetty aika oli syksyllä 2005 (n=40) 218 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=45) 302 minuuttia. Sairaanhoidajat käyttivät välilliseen työhön syksyllä 2005 (n=5) 1930 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=8) 4230 minuuttia. Yksi sairaanhoidaja käytti välilliseen työhön keskimäärin 386 minuuttia syksyllä 2005 ja 529 minuuttia syksyllä 2006. Ryhmäkodin henkilökunnalla kului välilliseen hoitotyöhön syksyllä 2005 3540 minuuttia (n=20) ja syksyllä 2006 (n=16) 3430 minuuttia. Työntekijää kohden laskettuna ryhmäkodissa käytettiin syksyllä 2005 177 minuuttia ja syksyllä 2006 214 minuuttia välilliseen työhön. Ryhmäkodin vastauksiin oli laskettu mukaan syksyn 2005 kyselyssä myös ne vastaukset, jotka voitiin päätellä ryhmäkodin vastauksiksi. Kaikissa tehtävänimikkeissä välilliseen työhön käytetty aika oli lisääntynyt. Välilliseen hoitotyöhön käytetyn työajan muutos tehtävänimikkeittäin on havainnollistettu kuviossa 9.



KUVIO 9: Välilliseen hoitotyöhön käytetyn työajan muutos tehtävänimikkeittäin

Välilliseen hoitotyöhön viitenä peräkkäisenä arkipäivänä käytetty aika jakautui palvelutalojen kesken syksyllä 2005 siten, että Itäkeskuksessa (n=25) käytettiin 5190

minuuttia, Myllypurossa (n=15) 3380 minuuttia, Rudolfissa (n=16) 3610 minuuttia ja Vuosaaressa (n=9) 2000 minuuttia. Syksyllä 2006 välilliseen työhön vastaavana ajanjaksona käytettiin Itäkeskuksessa (n=24) 7840 minuuttia, Myllypurossa (n=23) 8070 minuuttia, Rudolfissa (n=14) 3650 minuuttia ja Vuosaaressa (n=8) 1710 minuuttia. Itäkeskuksessa välilliseen työhön työntekijän keskimääräisesti käyttämä aika lisääntyi 208 minuutista 327 minuuttiin. Myllypurossa välillinen hoitotyö lisääntyi 225 minuutista 351 minuuttiin ja Rudolfissa 226 minuutista 261 minuuttiin. Vuosaaressa välilliseen työhön käytetty aika väheni 222 minuutista 214 minuuttiin. Välilliseen hoitotyöhön käytetty aika palvelutaloittain on nähtävissä kuviossa 10.



KUVIO 10: Välilliseen hoitotyöhön käytetty työaika työntekijää kohden palvelutaloittain

Tilastollisesti tarkasteltuna vuosien 2005 ja 2006 välilliseen hoitotyöhön käytetyt työaikamäärät erosivat toisistaan ($Z = -2,555$, $p = 0,011$) (liite 7).

6.2.4 Muutokset muuhun työhön käytetyssä ajassa

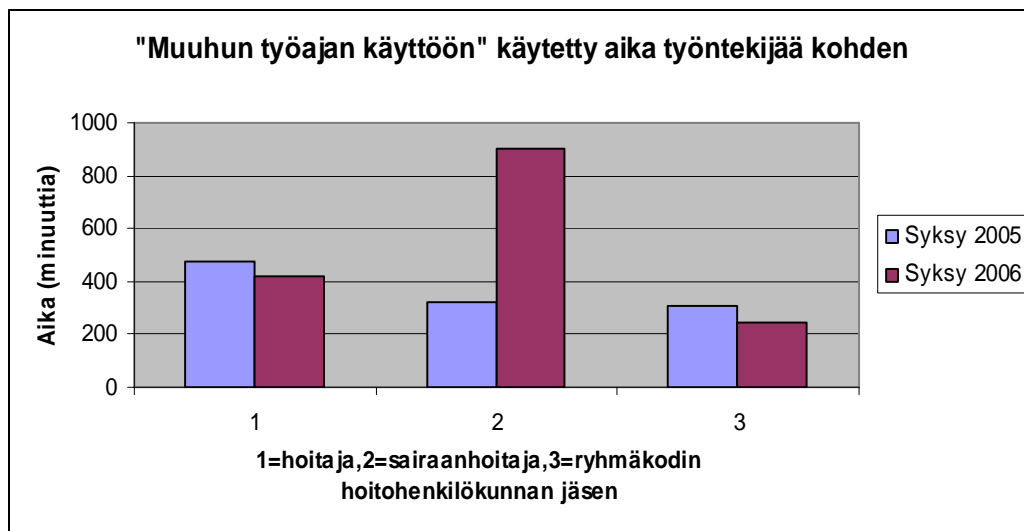
Syksyllä 2005 muihin työtehtäviin oli käytetty aikaa viitenä peräkkäisenä arkipäivänä kaikkiaan 26240 minuuttia ja syksyllä 2006 30430 minuuttia. Kaikkia vastaajia kohden laskettuna työntekijät käyttivät näihin tehtäviin keskimäärin 404 minuuttia syksyllä 2005 (n=65). Syksyllä 2005 kaksi vastaajista ei ollut kuitenkaan käyttänyt lainkaan työaikaan tähän pääluokkaan, joten näin laskettuna keskimääräinen käytetty aika oli 417 minuuttia. Syksyllä 2006 (n=70) muihin tehtäviin käytettiin aikaa 435 minuuttia. Muihin tehtäviin

käytetty aika oli lisääntynyt työntekijää kohden 18 minuuttia.

Kokonaistyoajasta muiden tehtävien osuus oli syksyllä 2005 24,6% ja syksyllä 2006 25,4%. (Kuviot 3 ja 4). Muiden tehtävien prosentuaalinen osuus oli lisääntynyt seurantojen välillä 0,8 prosenttiyksikköä.

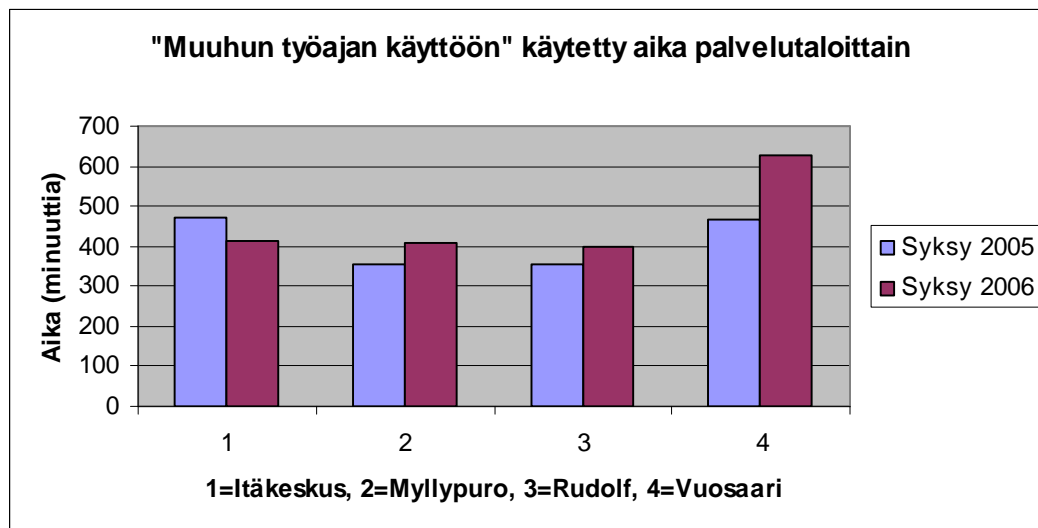
Vähimmillään vastaaja käytti 10 minuuttia työajastaan "muuhun työaikaan" ja enimmillään 1530 minuuttia. Keskihajonta oli näin ollen suuri, 426,1. Kaksi vastaajaa ei ollut käyttänyt lainkaan työaikaan näihin tehtäviin. Luvut löytyvät liitteen 6 taulukosta 9.

Syksyllä 2005 "muuhun työaikaan" käytettiin viiden peräkkäisen arkipäivän aikana yhteensä 26240 minuuttia, josta hoitajat (n=39) käyttivät 18510 minuuttia, sairaanhoitajat (n=5) 1620 minuuttia ja ryhmäkodin henkilökunta (n=20) 6110 minuuttia. Syksyllä 2006 vastaavasti aikaa käytettiin yhteensä 30430 minuuttia, josta hoitajat (n=46) käyttivät 19270 minuuttia, sairaanhoitajat (n=8) 7220 minuuttia ja ryhmäkodin henkilökunta (n=16) 3940 minuuttia. Keskimääräinen työaika muiden työtehtävien osalta väheni hoitajilla 475 minuutista 419 minuuttiin ja ryhmäkodin henkilökunnalla 306 minuutista 246 minuuttiin. Sairaanhoitajilla muu työajan käyttö lisääntyi 324 minuutista 903 minuuttiin, mikä on havaittavissa myös kuviossa 11.



KUVIO 11: "Muuhun työajan käyttöön" käytetyn työajan muutos tehtävänimikkeittäin

Muu työajankäyttö vei syksyllä 2005 Itäkeskuksessa (n=25) 11760 minuuttia, Myllypurossa (n=13) 4630 minuuttia, Rudolfissa (n=16) 5650 minuuttia ja Vuosaaressa (n=9) 4200 minuuttia. Syksyllä 2006 Itäkeskuksessa (n=24) käytettiin 9870 minuuttia, Myllypurossa (n=23) 9360 minuuttia, Rudolfissa (n=14) 5570 minuuttia ja Vuosaaressa (n=9) 5630 minuuttia muuhun työhön. Itäkeskuksessa työntekijää kohden laskettu muu työajankäyttö väheni 470 minuutista 411 minuuttiin viiden peräkkäisen arkipäivän tarkastelujaksolla. Vastaavana ajanjaksona Myllypurossa muu työajankäyttö lisääntyi 356 minuutista 407 minuuttiin ja Rudolfissa 353 minuutista 398 minuuttiin. Vuosaaressa muun työajankäyttö lisääntyi 467 minuutista 626 minuuttiin. (Kuvio 12).



KUVIO 12: "Muuhun työajan käyttöön" käytetty työaika työntekijää kohden palvelutaloittain

Tilastollisesti tarkasteltuna vuosien 2005 ja 2006 välillä muuhun työajan käyttöön käytetyissä työaikamäärissä ei ollut eroa (liite 7).

6.3 Muutokset toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetyssä ajassa

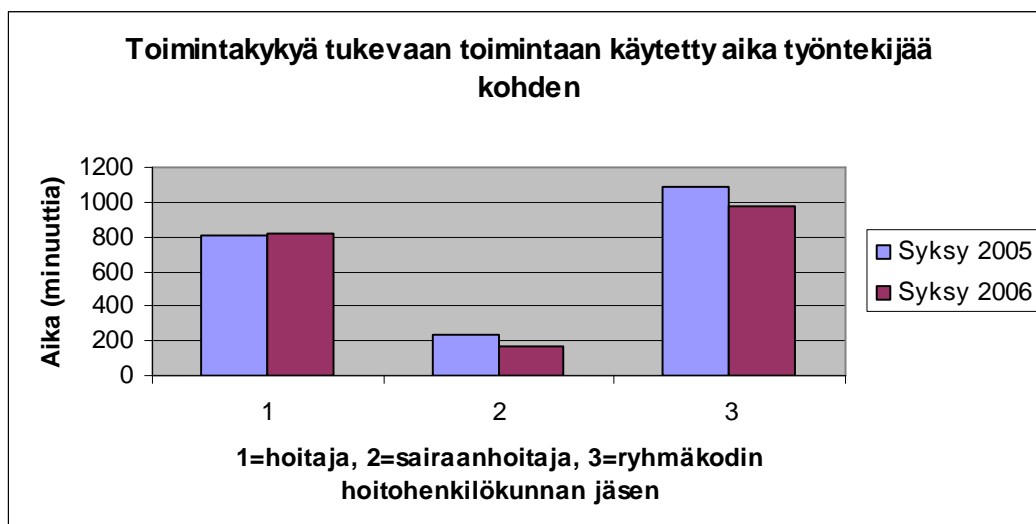
Kyselylomakkeen muuttujista 7–12 ja 15–19 laskettiin SPSS-ohjelman avulla summamuuttuja, joka kertoo vastaajan toimintakykyä tukevaan toimintaan käyttämän ajan. Syksyllä 2005 kaikki vastaajat olivat käyttäneet työaika näihin tehtäviin. Syksyllä 2006 yhtä lukuun ottamatta vastaajat olivat käyttäneet työaika toimintakykyä tukeviin tehtäviin.

Toimintakykyä tukevaan toimintaan vastaajat käyttivät viitenä peräkkäisenä arkipäivänä

marraskuussa 2005 (n=65) yhteensä 52920 minuuttia ja syyskuussa 2006 (n=70) 54420 minuuttia. Työntekijää kohti laskettuna välittömän työajan osuus on vähentynyt 814 minuutista 789 minuuttiin, eli 25 minuuttia.

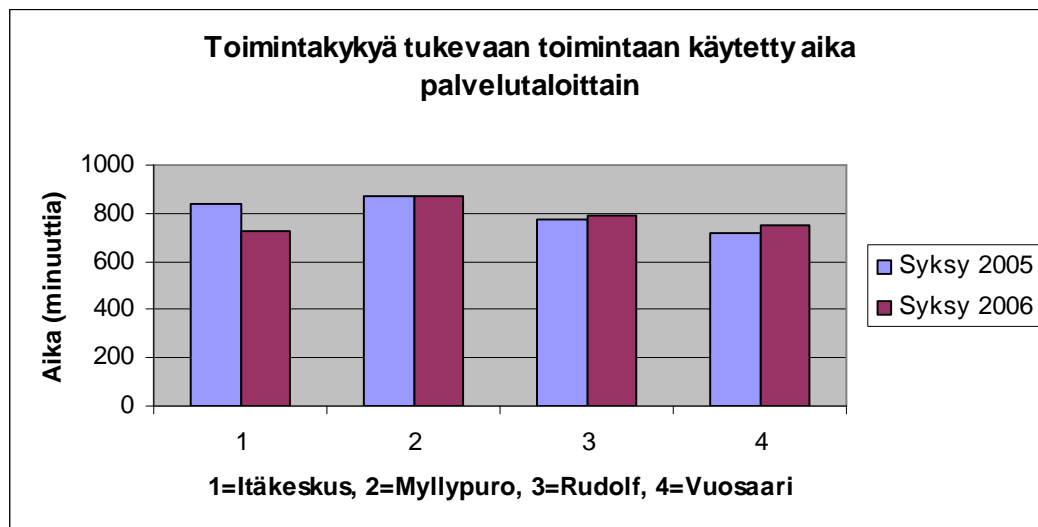
Kaikesta työajankäytöstä toimintakykyä tukevan toiminnan osuus oli syksyllä 2005 49,7% ja syksyllä 2006 45,5%. Keskihajonta toimintakykyä tukevan työajankäytön osalta oli 394,1. Vähimmillään vastaaja oli käyttänyt 40 minuuttia ja enimmillään 1770 minuuttia työajastaan toimintakykyä tukevaan työhön. Yksi vastaajista ei ollut käyttänyt aikaa lainkaan näihin työtehtäviin. Lukuarvot ovat nähtävissä liitteen 6 taulukossa 12.

Ammattiryhmittäin viiden peräkkäisen arkipäivän jaksolla tarkasteltuna hoitajat (n=40) käyttivät syksyllä 2005 32280 minuuttia, sairaanhoitajat (n=5) 1190 minuuttia ja ryhmäkodin henkilökunta (n=20) 19450 minuuttia toimintakykyä tukevaan toimintaan. Syksyllä 2006 vastaavasti hoitajat (n=46) käyttivät 37700 minuuttia, sairaanhoitajat (n=7) 1170 minuuttia ja ryhmäkodin henkilökunta (n=13) 15550 minuuttia. Keskimäärin työntekijää kohden laskettuna hoitajilla työajankäyttö toimintakykyä tukevaan toimintaan lisääntyi 807 minuutista 820 minuuttiin. Sairaanhoitajilla toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetty aika väheni 238 minuutista 167 minuuttiin ja ryhmäkodin henkilökunnalla 1092 minuutista 972 minuuttiin. Toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetty aika on havainnollistettu kuviossa 13.



KUVIO 13: Toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetyn työajan muutos tehtävänimikkeittäin

Itäkeskuksen palvelutalossa toimintakykyä tukevaan toimintaan käytettiin syksyllä 2005 (n=25) 21050 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=24) 17320 minuuttia. Keskimääräinen työaika viiden peräkkäisen arkipäivän osalta vastaajaa kohden väheni toimintakykyä tukevan toiminnan osalta 842 minuutista 722 minuuttiin. Myllypurossa toimintakykyä tukevaan toimintaan käytettiin vastaavasti syksyllä 2005 (n=15) 13050 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=23) 20120 minuuttia. Keskimäärin vastaaja käytti lähes saman verran aikaa näihin tehtäviin; syksyn 2005 870 minuuttia lisääntyi syksyn 2006 875 minuuttiin. Rudolfissa syksyllä 2005 (n=16) käytettiin toimintakyvyn tukemiseen 12380 minuuttia, eli 774 minuuttia vastaajaa kohden viiden peräkkäisen arkipäivän aikana. Syksyllä 2006 Rudolfissa (n=13) käytettiin 10240 minuuttia, jolloin keskimäärin toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetty aika oli lisääntynyt 788 minuuttiin. Vuosaaressa syksyllä 2005 (n=9) käytettiin 6440 minuuttia ja syksyllä 2006 (n=9) 6740 minuuttia toimintakyvyn tukemiseen. Vastaajaa kohden Vuosaaressa käytetty työaika oli lisääntynyt 716 minuutista 749 minuuttiin. Palvelutalokohtaiset muutokset toimintakykyä tukevan työajan käytössä näkyvät kuviossa 14.



KUVIO 14: Toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetty työaika työntekijää kohden palvelutaloittain

Tilastollisesti tarkasteltuna vuoden 2005 ja vuoden 2006 kyselyjen toimintakykyä tukevaan toimintaan käytettyjen työaikamäärien välillä ei ollut eroa (liite 7).

6.4 Tulosten yhteenveto

Työajan käytössä tapahtuneita muutoksia tutkittiin neljän eri palvelutalon ja kolmen erilaisen ammattiryhmän kesken. Taulukossa 3 on esitelty yhteenveto työajankäytössä tapahtuneista keskimääräisistä muutoksista. Lääkelogistiikkaprojektin tavoitteena oli lääkehuoltoon käytetyn ajan väheneminen ja vastaavasti työajankäytön lisääminen välittömässä hoitotyössä sekä toimintakykyä tukevassa työssä. Taulukkoon on vahvistettu ruudut, joissa työajankäytön muutos vastasi Lääkelogistiikkaprojektin ennako-oletuksia.

Ajankäytössä tapahtuneet muutokset työajan lisääntymisenä tai vähenemisenä vastaajaa kohti eivät välttämättä ole minuutteina toisiaan vastaavia määriä. Tämä selittyy osin sillä, että vastaajia oli seurantajaksoilla eri määrä. Eroja oli myös vastaajien toteutuneiden työvuorojen määrissä sekä toteutuneiden työvuorojen kestossa. Viiden päivän mittaisen seurantajakson aikana jollakin vastaajalla saattoi toteutua vain yksi työvuoro kun taas jollakin toisella vastaajalla oli vastaavana aikana ollut viisi työvuoroa.

Taulukossa 3 palvelutalojen keskimääräisellä työajankäytöllä tarkoitetaan kyseisen palvelutalon kaikkien ammattiryhmien yhteenlasketun työajan jakamista palvelutalon vastaajia kohden. Palvelutalokohtaisesti työajan käyttöä ei ole eritelty eri tehtävänimikkeille. Vastaavasti taulukon 3 tehtävänimikkeittäin laskettu keskimääräinen työajankäyttö on laskettu kaikkien neljän palvelutalon työntekijäryhmistä yhteensä.

TAULUKKO 3: Yhteenveto työajankäytön muutoksista vastaajaa kohden viitenä peräkkäisenä arkipäivänä palvelutaloittain ja tehtävänimikkeittäin

	Lääke- huolto	Välitön hoitotyö	Välillinen hoitotyö	Muu työaika	Toimintakykyä tukeva toiminta
Palvelutalo					
Itäkeskus	- 41min	-102 min	+ 119 min	- 59 min	- 120 min
Myllypuro	- 17 min	+ 40 min	+ 126 min	+ 51 min	+ 5 min
Rudolf	+ 1 min	- 99 min	+ 35 min	+ 45 min	+ 14 min
Vuosaari	- 11 min	+ 95 min	- 8 min	+ 159 min	+ 33 min
Tehtävänimike					
Hoitaja	- 41 min	+ 19 min	+ 84 min	- 56 min	+ 13 min
Sairaanhoitaja	- 88 min	- 132 min	+ 143 min	+ 579 min	- 71 min
Ryhmäkodin hoitohenkilökunnan jäsen	+ 24 min	+ 11 min	+ 37 min	- 60 min	- 120 min

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Lääkelogistisen palvelumallin käyttöönotto toi muutoksia palvelutalojen hoitohenkilökunnan työajan käyttöön. Lääkehuoltoon käytetty työaika väheni keskimäärin 21 minuuttia vastaajaa kohti viitenä peräkkäisenä arkipäivänä tarkasteltuna. Tämä muutos vastasi ennakko-oletuksia. Välittömään, asiakkaan kanssa tapahtuvaan hoitotyöhön käytetty aika väheni vastaavana ajanjaksona keskimäärin 26 minuuttia vastaajaa kohden, vaikka tämän ajankäytön oli oletettu lisääntyvän. Välilliseen hoitotyöhön käytetty aika sen sijaan lisääntyi keskimäärin 90 minuuttia vastaajaa kohden, mikä on tilastollisesti merkitsevä muutos. Muu työajankäyttö, joka piti sisällään hallinnolliset tehtävät, kokoukset, koulutukset ja henkilökohtaiset tauot, lisääntyi keskimäärin 18 minuuttia vastaajaa kohden.

Toimintakykyä tukevaan toimintaan käytetty aika viiden peräkkäisen arkipäivän tarkastelujaksolla väheni keskimäärin vastaajaa kohti laskettuna 25 minuuttia. Näihin tehtäviin käytetty työaika suhteessa kaikkeen ajankäyttöön väheni 4 prosenttiyksikköä, eli 50 prosentista 46 prosenttiin. Hoitajilla toimintakykyä tukeva toiminta lisääntyi hieman, mutta sairaanhoitajilla väheni merkittävästi. Ryhmäkodeissa ajankäyttö toimintakyvyn tukemisen osalta säilyi ennallaan. Palvelutaloista Itäkeskuksessa ja Rudolfissa toimintakyvyn tukemiseen käytetty työaika väheni, Myllypurossa pysyi lähes ennallaan ja Vuosaarella lisääntyi.

8 POHDINTA

Tulosten tarkastelu

Tutkimuksessa saatiin vastauksia esitettyihin kysymyksiin, vaikkakin tulokset erosivat ennako-oletuksista. Lääkelogistiikkaprojektin tavoitteena oli vapauttaa hoitohenkilökunnan työaika lääkkeiden käsittelystä, ja kohdentaa sitä asiakkaiden toimintakykyä tukevaan, välittömään hoitotyöhön. Tulosten mukaan lääkkeiden käsittelystä oli vapautunut työaika, mutta se oli kohdentunut välittömän, toimintakykyä tukevan hoitotyön sijaan välilliseen työhön. Projektia voidaan pitää onnistuneena, koska ajankäytössä tapahtui ainakin osin odotettua muutosta. Samalla on hyvä muistaa, että myös välillisen työn kautta hoitotyön laatua voidaan parantaa esimerkiksi dokumentointia kehittämällä. Vaikka vapautunut työaika ei seurantajakson aikana kohdistunut välittömään hoitotyöhön, voidaan vapautuneen työajan merkitys työn kehittämisen ja laadun näkökulmasta arvioida vasta myöhemmin.

Toimintakyvyn tukemisen vahvistaminen olisi todennäköisesti edellyttänyt suunnitelmallista koulutusta ja samanaikaista ohjausta hoitohenkilökunnalle. Muutoksen toteutuminen työelämässä vaatii myös oman aikansa. Tästä näkökulmasta on mahdollista ajatella, että tutkimuksen aikana lisääntynyt välillisen hoitotyön osuus on viesti asiakkaan hoidon paremmasta suunnittelusta ja siten myös jatkossa toimintakykyä tukevan työskentelyn lisääntymisestä. Toisaalta pohdittavaksi jää myös se, kuinka paljon toimintakyvyn tukemista olisi todellisuudessa ollut mahdollista vahvistaa 20 minuutin ”lisäajalla” viikoittaisessa työskentelyssä.

Välillisen työn sekä muun työajan käytön kasvanutta osuutta voidaan ainakin osin selittää syksyllä 2006 sähköisen asiakastietojärjestelmä Effican käyttöönotolla. Hoitohenkilökunta osallistui Effica-koulutuksiin sekä perehtyi ohjelman käyttöön työpaikoillaan. Syksyn 2006 työajanseurantaviikolle sijoittui myös Lääkelogistiikan hyvät käytännöt -seminaaripäivä, johon sairaanhoitajat ja lääkelogistiikkaprojektin yhteyshenkilöinä toimineet hoitajat osallistuivat. Seminaariin oli kutsuttu kaksi työntekijää jokaisesta palvelutalosta ja kotihoidon tiimistä. Koulutukset ja kokoukset lisäsivät ”muun työajan” käyttöä. Ajankäytön seuranta olisi voinut olla jollakin toisella viikolla toteutettuna kokousten ja koulutusten osalta hieman erilainen, mutta toisaalta työelämässä ei ole stabiilia tilannetta

olemassakaan. Seurantaviikon sijoittaminen syyskuulle perustui projektin aiemmin suunniteltuun loppumisajankohtaan 30.9.2006. Lisäksi varmistettiin, että samoihin aikoihin toteutettu työhyvinvointikysely ei ajoittunut samalle viikolle, vaan vastaajat saivat keskittyä yhteen kyselyyn kerrallaan.

Marraskuussa 2005 toteutetun kyselyn saatekirjeessä oli kerrottu tutkimuksen tarkoitus sekä hypoteesi. Vastaajat tiesivät näin ollen tutkimuksen tavoitteeksi osoittaa lääkkeiden käsittelyyn käytetyn ajan siirtymisen välittömään työhön. Lääkelogistiikkaprojekti tavoitteineen oli esitelty henkilökunnalle myös muissa yhteyksissä. Projektin alkaessa hoitohenkilökunta ei ollut kuitenkaan valmis luopumaan lääkkeiden käsittelystä, koska lääkeosaamisen ja -tuntemuksen pelättiin vähenevän sekä oman työnkuvan supistuvan. Muutosvastarinta lääkelogistiikkaa kohtaan oli suurta, ja periaatteessa vastaajilla olisi ollut mahdollisuus muokata tuloksia mieleiseensä suuntaan.

Hoitohenkilökunnan pelko työnkuvan muutoksesta ja lääkeosaamisen ylläpitämisestä ovat todellisia. Lääkehoito on jatkossakin osa hoitohenkilökunnan työtä, ja näin ollen lääketietouden ylläpitämiseen ja osaamisen lisäämiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lääkkeen ulkonäön tunnistaminen ei itsessään ole lääkehoidon osaamista, mutta lääkkeiden vaikutusten seuranta, asiakkaan neuvonta ja ohjaus tulee varmistaa kaikissa tilanteissa. Hoitotyön keskipiste tulee olla koko ajan asiakkaassa; ihmisessä ja hänen hyvinvoinnissaan. Henkilökunnan ammatti-identiteettiä tulee tukea ja vahvistaa yhä enemmän siten, että toimintakykyä tukevan työn kehittäminen nähdään olennaiseksi ja että onnistunut lääkehoito ymmärretään asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi. Lääkkeen käsittely itsessään on tekninen suoritus. Tämä näkökulma tulee huomioida myös hoitotyön peruskoulutuksissa.

Haaste tulevaisuuden hoitotyölle on henkilökuntaresurssien riittävyys ja sen myötä riittävän ja turvallisen hoidon varmistaminen asiakkaalle. Toimintakyvyn tukeminen ja ylläpitäminen auttavat asiakasta selviytymään mahdollisimman pitkään itsenäisesti. Tukemalla asiakkaan omatoimisuutta ennaltaehkäisevillä ja kuntouttavilla palveluilla voidaan siirtää myös laitoshoidon tarvetta (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveyskeskus, 2006: 8). Toimintakyvyn tukeminen hoitotyössä edellyttää ajan antamista asiakkaalle. Osa hoitohenkilökunnan nykyisistä työtehtävistä on mahdollista ulkoistaa, kuten lääkelogistiikkaprojekti osoitti, jotta hoitohenkilökunnan työaika voidaan kohdentaa

välittömään hoitotyöhön. Toimintoja ulkoistettaessa tulee kuitenkin varmistaa tiedonkulku kaikkien osapuolten välillä. Lisäksi hoitohenkilökunnan osaamista tulee lisätä ja vahvistaa, jotta toimintakyvyn tukeminen toteutuu hoitotyössä.

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna voidaan todeta, että hoitajien kohdalla työajankäytön kehitys on ollut tavoitellun suuntaista, koska lääkehuoltoon käytetty työaika on vähentynyt ja välitön hoitotyö lisääntynyt. Tätä suuntausta tulee tukea myös jatkossa. Sairaanhoitajien kohdalla on mielenkiintoista huomata, että välillinen hoitotyö ja muu työajan käyttö ovat kasvaneet voimakkaasti. Osin tämä voi selittyä tutkimusjaksolle sijoittuneiden koulutusten ja asiakastietojärjestelmän käyttöönoton perusteella. Toisaalta joitakin sairaanhoitajien vakansseja ei ole saatu täytettyä ja siksi perushoidollisia toimenpiteitä ovat tehneet pääsääntöisesti hoitajat sairaanhoitajan toimiessa tiimin asiantuntijana. Huolestuttavaa kuitenkin on, jos sairaanhoitajien työskentelystä asiakkaan kohtaaminen on todellisuudessa vähentynyt näin merkittävästi. Ryhmäkodin hoitohenkilökunnalle haasteeksi jää työn tekeminen toimintakykyä tukien. Yksittäisen työntekijän kohdalla tapahtunutta työajan käytön muutosta ei voida arvioida, koska vastaajan henkilötietoja ei kysytty.

Palvelutalojen välillä oli eroja työajan käytössä. Osin eroavaisuudet voivat selittyä kyselylomakkeeseen tehtyjen kirjausten erilaisilla tulkinnoilla ja muun muassa kyselylomakkeen koodin 30 "Jotain muuta, mitä?" käyttämisellä. Kyselylomakkeen kohta 30 "Jotain muuta, mitä?" oli saanut monia merkityksiä. Molempien kyselyjen vastauksista yhteensä 24 lomakkeessa oli maininta keittiötöistä kohdan 30 yhteydessä. Keittiötoilla vastaajat kirjoittivat tarkoittavansa työskentelyä palvelutalon keittiössä, aamupalan laittoa, tiskaamista, keittiöroskien vientiä, pöydän kattamista ja perunoiden kuorimista. Seitsemän vastaajaa kirjasi lääkärikiertoon liittyvän työn koodin 30 alle. Neljä vastaajaa ilmoitti käyttävänsä numeroa 30 kuvaamaan raportointia. Kolmessa lomakkeessa tälle koodille oli kirjattu opiskelijan ohjausta ja näytön vastaanottamista. Lisäksi koodia 30 oli käytetty seuraavilla merkityksillä: valvonta yövuorossa (2 mainintaa), hälytysten/kontrollilistojen tarkistaminen (2 mainintaa), kauppakassien kuljettaminen (2 mainintaa) ja työajanseurantalomakkeen täyttö (2 mainintaa). Yksittäisinä mainintoina oli lisäksi työhyvinvointikyselyn täyttö, omaistenillan valmistelu, keskustelu asiakkaan asioista tiimin kanssa, kirjallisen materiaalin lukeminen, uuden asukkaan vastaanotto, silmälasien haku, tutustuminen tulokorttikoulutukseen sekä henkilökunnan työvaatteiden pesu. Kaikki

kohtaan 30 merkitty työaika on huomioitu ”muu työajan käyttö” -pääluokassa riippumatta vastaajan lisäämistä täydentävistä selityksistä.

Palvelutalojen väliset erot työajankäytössä voivat selittyä myös erilaisilla toimintakäytännöillä. Lääkehuollon osalta Itä-Helsingin palvelutalojen toimintakäytännöissä on eroja eri palvelutalojen välillä (Ranta 2006). Lääkehuoltoon käytettyyn työaikaan vaikuttaa muun muassa lääkkeiden siirtäminen dosetista annospikariin, yhteistyö apteekin kanssa, lääkkeiden kuljettaminen palvelutalon sisällä hoitajien työtilasta asukkaalle ja niin edelleen. Lääkehuoltoon käytetyn työajan vähenemiseen ei auta pelkästään jakelun ulkoistaminen, vaan palvelutaloissa on myös tarkasteltava kriittisesti toimintamalleja ja pohdittava niiden järjeistämistä. On oletettavaa, että sama johtopäätös voitaisiin todeta myös kaiken käytetyn työajan osalta. Toimintaprosessit tulee avata ja kuvata, jotta niiden toteutukseen voidaan kiinnittää jatkossa huomiota. Henkilökunnan työajan kohdentuminen toiminnan kannalta olennaisiin asioihin edellyttää selkeää johtamista.

Palvelutalojen työajankäyttö laskettiin tässä tutkimuksessa keskiarvoina vastaajaa kohti. Todellisuudessa työajankäytön muutokset ovat myös suhteessa asiakasmäärän kehittymiseen. Esimerkiksi lääkehuoltoon käytetty aika on voinut pysyä ennallaan, mutta asiakasmäärä vastaavasti kasvaa. Palvelutalojen johtajilta koottujen taustatietojen perusteella Itäkeskuksessa asiakasmäärä oli laskenut seurantajakson aikana seitsemällä ja Rudolfissa yhdeksällä asiakkaalla. Myllypurossa asiakasmäärä oli pysynyt ennallaan ja Vuosaaressa oli kaksi asiakasta enemmän jälkimmäisen kyselyn aikana. Asiakasmäärä ei kuitenkaan kerro asiakkaan hoitoisuutta, eikä kuvaa toimenpiteiden kestoa ja laatua. Jos hoitohenkilökunnan vastausprosentti olisi ollut 100%, olisi voitu laskea myös keskimääräinen asiakkaalle kohdistunut työaika.

Työajankäyttöä seurattiin keskiarvoina vastaajaa kohti. Osalla vastaajista oli seurantaviikon aikana saattanut toteutua vain yksi työvuoro ja osalla viisi työvuoroa. Keskiarvojen laskemisessa painottuivat nyt niiden vastaajien vastaukset, joilla oli useita toteutuneita työvuoroja seurantajaksolla. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta työvuorokohtainen vastausten käsitteleminen olisi voinut olla totuudenmukaisempi. Toisaalta on oletettavaa, että esimerkiksi lääkehuoltoon liittyvät tehtävät on suoritettu joka tapauksessa riippumatta siitä, kuinka monta työvuoroa kullakin vastaajalla on ollut seurantajaksolla.

Työaikatuloksia voi vääristää seurantajakson määrittäminen arkipäiville. Kyselyä suunniteltaessa ajateltiin, että apteekissa asiointi, reseptien uusinta ja lääkejakelu tapahtuvat pääsääntöisesti arkena, ja näin ollen tutkimusta ei tehty viikonlopun osalta. Lääkelogistiikkaprojektin aikana esimerkiksi Itäkeskuksen palvelutalossa lääketoimitukset apteekista palvelutaloon tapahtuivat kuitenkin viikonloppuisin ja samoin viikonlopun aikana hoitajat jakoivat dosetit edelleen asukkaiden koteihin. Tämä työajankäyttö ei tule esille syksyn 2006 kyselyssä, joka koski vain arkipäiviä. Jälkeenpäin tarkasteltuna viikonloppu olisi tullut huomioida kyselyissä.

Suuri keskihajonta selittynee osin sillä, että hoitaja-nimikkeellä työskentelevä henkilökunta tekee hyvinkin vaihtelevia tehtäviä. Vastaajat ovat saattaneet tehdä yhtenä päivänä esimerkiksi keittiövuoron ja toisena olla mukana hoitotyössä. Jollakulla työnkuva on painottunut viriketoiminnan järjestämiseen, mutta silti sama työntekijä on voinut osallistua myös lääkehuollon toteuttamiseen. Yövuoroissa oli käytetty runsaasti koodia 30 ”jotain muuta, mitä?”, mikä liittyy suurimmalta osalta päivystämiseen. Kysely koski kaikkia hoitotyöhön osallistuvia, jotta tulokset saatiin mahdollisimman kattaviksi. Taustamuuttujien suunnittelu olisi ehkä kuitenkin kannattanut tehdä toisin. Keskihajonnan suuruudessa näkyy myös se, että joku vastaajista on vastannut vain yhden työvuoron ajalta ja joku toinen koko viikon ajanjaksolta.

Luotettavuuden kannalta on tärkeää saada riittävän suuri vastausprosentti. Palautusprosenttiin ja kyselyn onnistumiseen vaikuttavat muun muassa kohderyhmän valinta, tutkimuksen aihe, lomakkeen pituus, kysymysten määrä ja tyyppi, motivointi saatekirjeessä sekä lomakkeen ulkoasu (Valli 2001: 32). Sisäinen validiteetti liittyy puolestaan siihen, ovatko mittarissa tai tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja oikein operationalisoidut sekä kattavatko käsitteet riittävän laajasti kyseisen ilmiön (Metsämuuronen 2003: 43). Tässä tutkimuksessa vastausprosentti oli riittävän korkea, jotta saatuja tuloksia voidaan todennäköisesti yleistää koskemaan ainakin Helsingin kaupungin muiden alueiden palvelutaloja.

Osa vastaajista oli kirjannut lomakkeisiin omia merkintöjään ja täydentänyt esimerkiksi työaikakoodien merkityksiä. Osa vastaajista oli jättänyt joitakin tietoja täyttämättä. Toiset lomakkeet olivat todennäköisesti kulkeneet vastaajan mukana esimerkiksi taskussa ja

lomaketta oli täytetty työn lomassa. Toiset vastaajat olivat ilmeisesti täyttäneet lomaketta takautuvasti kerralla pidemmältä aikaväliltä.

Syksyn 2005 kyselyssä oli viisi vastauslomaketta, joissa vastaaja ei ollut vastannut yksiselitteisesti. Lomakkeeseen oli tarkoitus kirjata yksi numero kutakin 10 minuutin ajanjaksoa kohti, mutta viisi vastaajaa oli kirjannut useamman numeron samaan ruutuun. Näistä kyselylomakkeista on huomioitu vain se ajankäyttö, joka on kirjattu yhtä numeroa käyttäen. Jos ruutuun oli kirjattu kaksi eri numeroa, jotka kuitenkin sijoittuivat samaan pääluokkaan, huomioitiin lukemat luokkien yhteenlasketussa ajankäytössä. Syksyllä 2006 moniselitteisiä vastauksia löytyi 2 lomakkeesta, jotka käsiteltiin syksyn 2005 laskentatavan mukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen haasteena oli tiukka aikataulu tutkimuksen alussa. Mittari tehtiin nopealla aikataululla, jotta ensimmäinen kysely saatiin toteutettua ennen lääkelogistiikkaprojektin alkamista syksyllä 2005. Kuitenkin kirjallisuuskatsausta tehdessä osin mittarin teon jälkeenkin voidaan todeta, että mittarissa käytetty työajan jako neljään pääluokkaan on tehty aiempien tutkimusten mukaisesti.

Keskeiset käsitteet olisi tullut määritellä tarkemmin tutkimuksen alussa mittarin laadinnan kannalta. Toimintakyvyn tukeminen jäi mittarin luokittelussa toisten pääluokkien sisälle siten, että samoilla muuttujilla mitattiin kahta eri asiaa. Mittarissa olisi ehkä pitänyt olla enemmän kuntouttavia ja toimintakykyä tukevia muuttujia aukikirjoitettuna. Käsitteinä myös lääkehuolto, lääkehoito ja lääkelogistiikka määriteltiin tarkemmin vasta mittarin valmistumisen jälkeen. Mittarissa lääkehuollon sijaan olisi voinut olla kuvaavampaa käyttää käsitettä lääkelogistiikka tai lääkehoito, joka varsinaisesti on hoitajien työtä. Otsikoinnin ja käsitteiden jaottelun osalta voidaan myös kysyä, mitattiinko oikeita asioita ja olivatko alaotsikot jaoteltu oikeisiin pääluokkiin. Lääkkeisiin liittyvät tehtävät olivat nyt kaikki lääkehuolto-otsikon alla, mutta esimerkiksi lääkkeenantaminen asiakkaalle suuhun ja lääkevaikutusten seuranta olisi voitu nähdä myös välittömäksi hoitotyöksi sekä toimintakykyä tukevaksikin työksi.

Kyselylomakkeessa työajan käyttö oli jaettu 30 eri muuttujaan. Suurimmaksi osaksi

vastaajat olivat löytäneet tekemäänsä työtä kuvaavan koodin. Joitakin epäselviä asioita jaottelussa tuli esiin, sillä jotkut vastaajat olivat kirjoittaneet lomakkeeseen täydentäviä selityksiä. Suulliset raporttitilanteet oli kirjattu toisissa lomakkeissa kohtaan 20 ”työn suunnittelu, työnjako yms.”, toisissa lomakkeissa kohtaan 24 ”kokoukset, koulutukset, työnohjaus” ja joissakin kohtaan 30 ”Jotain muuta, mitä?”. Raportoinnille ei ollut omaa numeroitua otsikkoa. Lääkärinkierto puuttui myös koodeista ja moni vastaajista olikin käyttänyt tähän tarkoitukseen koodia 30 ”Jotain muuta, mitä?”. Yksi vastaajista oli erikseen maininnut käyttäneensä koodia 23 ”asiakkaan asioiden hoito ilman asiakasta” lääkärinkierron yhteydessä. Yhdessä lomakkeessa oli täydennetty koodin 3 ”lääkejako” tarkoittavan ”lääkkeen jakamista dosetista”, millä tarkoitettaneen lääkkeen siirtämistä dosetista lääkelasiin. Yhdessä lomakkeessa koodia 6 ”akuuttihoito ja sairaalaan lähettäminen” oli täydennetty lisäämällä selityksen perään sana ”sairaalasta vastaanottaminen”. Koodin 30 käyttö ei varsinaisesti vääristä tulosta, mutta voi selittää pääluokan ”muu ajankäyttö” työajankäytön lisääntymistä.

Tutkimuksen reliabiliteetti, luotettavuus, liittyy muun muassa tutkimuksen toistettavuuteen (Metsämuuronen 2003: 42). Tässä tapauksessa tutkimusta samoissa palvelutaloissa ei voida toistaa samankaltaisena, koska uuteen toimintamalliin siirtymisen jälkeen alkutilannetta ei enää voida uudelleen kartoittaa. Seurantatietoja tosin on mahdollista kerätä jatkossakin peilaten tuloksia tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin.

Tutkimuksen toteuttaminen ja tulosten saaminen eteni suunnitelmien mukaisesti myös koko lääkelogistiikkaprojektiin nähden. Projektiin sisältyvän muistuttavan lääkeannostelijan käyttöönotto viivästyi teknisten ongelmien takia tammikuusta huhtikuulle 2006. Yhteistyö apteekkien kanssa toteutui kuitenkin suunnitellun aikataulun mukaisesti. Toimintakykyä ylläpitävä toiminta on ollut aiemminkin osa hoitotyötä, mutta tämän projektin puitteissa suunniteltu toimintakyvyn tukemisen tietoinen vahvistaminen hoitajien työssä jäi vähäiseksi.

Tässä tutkimuksessa lisähaasteen luotettavien tutkimustulosten saamiseksi tuo tutkimuksen tekijän oma ammattirooli palvelutalon johtajana. Yksi neljästä tutkittavasta palvelutalosta on tutkimuksen tekijän oma työyhteisö. Tutkimuksen tekijän ja ammattiroolin erottamista helpottanee kuitenkin se, että tutkimuksen tekoon ei käytetty työaikaa eikä tutkimusta tehty työpaikalla.

Käytetyn OXO-tutkimusasetelman heikkoutena on kahden täysin samanlaisen testin tekemisen mahdottomuus. Vastaajat ja olosuhteet vaihtuvat jossain määrin testausajankohtien välillä. Lisäksi alku- ja loppumittauksen väliin jäävä ajanjakso aiheuttaa epävarmuutta: saako X aikaan mitatun muutoksen, vai aiheuttaako sen jokin muu mittausten välillä tapahtunut ilmiö (Erätuuli ym. 1996: 22). Vertailuryhmän käyttäminen olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Vertailuryhmä puuttui tutkimuksen toteuttamiseen liittyvistä aikatauluista johtuen.

Eettiset näkökohdat

Tutkimuksen tekemiseen on myönnetty tutkimuslupa Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastuualueelta 18.11.2005. Tutkimuslupaan sisältyi sopimus siitä, että tutkija käsittelee lomakkeet luottamuksella, säilyttää ne lukitussa paikassa ja arkistoi lomakkeet ilman tunnistetietoja.

Työajankäyttö ja siitä raportoiminen voi olla työntekijälle arka asia. Vastaajalla voi olla ennakkokäsitys muun muassa siitä, että oman työajankäytön ”paljastuminen” voi vaikuttaa esimerkiksi työmäärän lisääntymiseen jatkossa. Paljastumisen pelko ja seurannaisvaikutukset voivat vaikuttaa vastaajan rehellisiin vastauksiin. Mahdollisimman luotettavien tulosten saamiseksi vastaaja tulikin vakuuttaa anonymiystään. Työajanseurantalomakkeen saatekirjeessä korostettiin tulosten luottamuksellisuutta ja kerrottiin tuloksia käytettävän ainoastaan lääkelogistiikkaprojektin vaikutusten seurantaan. Tuloksia ei käytetä muihin tarkoituksiin.

Vastaukset palautettiin nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa talokohtaisesti valitulle yhteyshenkilölle, joka ei ollut työyhteisön esimies. Yhteyshenkilö palautti lomakkeet kootusti tutkimuksen tekijälle. Lomakkeessa ei ollut avokysymyksiä, joten käsialasta tunnistamisen mahdollisuutta ei jää tutkimuksen tekijälle. Näin turvattiin yksittäisen työntekijän anonymius.

Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen jälkeen olisi mahdollista toteuttaa seurantakysely esimerkiksi vuoden kuluttua ja selvittää, millä tavoin lääkehoitoon käytetty työaika on muuttunut ja onko toimintakyvyn tukemiseen ja sen kehittämiseen käytetty aika lisääntynyt. Toisaalta mielenkiintoista olisi myös selvittää niitä toimintamalleja, joiden avulla toimintakykyä tukevaa työtettä voidaan vahvistaa.

Helsingin kaupungin vanhusten laitos- ja asumispalveluyksikössä on suunniteltu lääkelogististen palveluiden kilpailuttamista kaikkien kaupungin omien palvelutalojen osalta. Kilpailuttamisaikataulu ja käytännön toteutukseen liittyvät asiat ovat vielä avoimia. Jos suunniteltu muutos toteutuu, olisi mielenkiintoista seurata esimerkiksi Itä-Helsingin palvelutalojen työajankäyttöä lääkehuollon osalta suhteessa Helsingin muihin palvelutaloihin ja selvittää, millä tavoin jo pilottivaiheessa mukanaolo on vaikuttanut muutoksen toteuttamiseen.

Mahdollisten työajankäytön jatkotutkimusten tekeminen voisi tapahtua tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin avulla. Kuitenkin taustamuuttujien lisääminen eri tehtävänimikkeiden osalta (esimerkiksi virikeohjaaja ja yöhoitaja) voisi tuoda tarkempia tietoja todellisesta työajankäytöstä tehtävänimikkeittäin. Tutkimusajanjaksoon kannattaisi luotettavuuden kannalta sisällyttää myös viikonloppu. Tutkimusten tarkastelu olisi mahdollista toteuttaa joko keskiarvoina vastaajaa kohden, kuten tässä tutkimuksessa, tai keskiarvoina tehtyjä työvuoroja kohden. Tutkimukseen olisi hyvä ottaa myös vertailuryhmä.

LÄHTEET

- Calonius, Helena - Halonen, Anneli 2006: Vanhuspalvelujen SAS-toiminta sosiaalivirastossa ja terveystieteissä. Pysyväisohje, vanhusten palvelut, sosiaali- ja lähihoito T-TE 1.3. Helsinki, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveystieteiden keskus.
- Carroll, Patricia 2003: Medication errors the bigger picture. RN 66 (1): 52–58.
- Fagerström, Lisbeth – Rainio, Anna-Kaisa 1999: Professional assessment of optimal nursing care intensity level: a new method of assessing personnel resources for nursing care. Journal of clinical nursing 8 (4). 369–379.
- Fagerström, Lisbeth – Rauhaluoma, Auvo 2003: Finnhoitoisuus – Hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000-2002. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Eräutuuli, Matti – Leino, Jarkko – Yli-Luoma, Pertti 1996: Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hegney, Desley – Plank, Ashley – Parker, Victoria 2003: Nursing workloads: the results of a study of Queensland Nurses. Journal of Nursing Management 11: 307–314.
- Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, 2004: Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004. Työryhmäraportti. Selvityksiä 2004:10.
- Helsingin kaupungin sosiaalivirasto ja terveystieteiden keskus, 2006: Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006 – 2009. Helsinki.
- Hendrickson, Gerry – Doddato, Theresa M. – Kovner, Christina T. 1990: How do nurses use their time? Journal of Nursing Administration 20 (3), 31–38.
- Karjalainen, Elisa 1999: Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Oulu: Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514254589/isbn9514254589.pdf>. Luettu 29.11.2005.
- Karvonen, Hannele 2005: Hoitohenkilöstön ajankäytön allokaatio potilaan hoidossa. Potilaan hoidon tarpeen toteutuminen. Pro Gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos.
- Knapp, Thomas R. 1998: Quantitative nursing research. Thousand Oaks, London: Sage publications.
- Koskinen, Mona 2005: Työaikatietojen keruu. Insinööritoiminta. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Kuntaliitto 2006: Vanhuspalvelut toimiviksi ja tehokkaiksi. Verkkodokumentti.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;145;44264;38949;37581. Luettu

17.5.2006.

- Laamanen, Kai – Laine, Risto O. – Pääkkönen, Juha – Vakkuri, Jorma – Vallinoja, Veli – Väyrynen, Pekka 1999: Mittaamisen parantaminen. Helsinki: Suomen Laatu yhdistyksen Koulutus Oy.
- Lyytinen, Anna-Liisa 2005: Lääkelogistiikka -hankekuvaus. Helsinki: Helsingin kaupunki.
- Metsämuuronen, Jari 2000: Metodologian perusteet ihmistieteissä. Vöru, Viro: Jaabes OÜ.
- Metsämuuronen, Jari 2003: Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Metsäpelto, Ritva – Tikkanen, Eira 1995: Hoitohenkilökunnan välilliseen hoitotyöhön käyttämä työaika ja välillisen hoitotyön sisältö Haukkalan sairaalan lastenpsykiatrian osastolla. Jyväskylä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 46/1995.
- Mukkila, Susanna – Tolkki, Pirjo – Valvanne, Jaakko – Linden, Anne – Sahi, Ilkka 2003: Helsingiläisten vanhuspalveluasiakkaiden toimintakyky ja avun tarve syksyllä 2002- Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2003:2.
- Nikkilä, Riku – Tolkki, Pirjo 2000: Kotihoidon työntekijöiden työaikakartoitus Helsingissä 1999. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Partanen, Pirjo 2002: Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Hoitotieteen laitos.
- Pietikäinen, Tiina 2004: Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Rissanen, Lea 1999: Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulu: Oulun yliopisto ja Yleislääketieteen yksikkö: Hoitotieteen laitos.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514254414/html/index.html>. Luettu 18.11.2005.
- Routasalo, Pirkko – Lauri, Sirkka 2001: Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 3, 207– 216.
- Routasalo, Pirkko – Arve, Seija 2002: Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. Toimintatutkimus. Turku: Terveystoimen julkaisuja n:o 6:2002.
- Sajantola, Marjo 2004: Vastuu ei pääty dosettiin. Super-Kotihoito. 30 – 31.
- Sinkkonen, Sirkka – Kinnunen, Juha 1994: Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja

terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki.

Tolkki, Pirjo – Valvanne, Jaakko 2002: Enemmän aikaa asiakkaille? Työajan käyttö kotihoidossa Helsingissä 2001. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002:8. Helsingin kaupungin terveystieteiden monisteita 2002:4.

Tuomisto, Riitta 1997: Kotisairaanhoidossa työskentelevän hoitajan työn sisältö ja työajan käyttö. Pro Gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Turja, Tiina – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija 2006: Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva Hoitotyö 4 (1), 4–9.

Valli, Raine 2001: Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä, PS-kustannus.

Valvanne, Jaakko – Backlund, Kristina – Finne-Soveri, Harriet – Peiponen, Arja – Virtaniemi, Sirkka – Muurinen, Seija 2002: Turvallista ja laadukasta elämää ammattitaitoisilla ja oikea-aikaisilla palveluilla. Laitoshoidon kehittämisohjelma vuosille 2002 – 2004. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002:18.

Varis, Maarit – Tolkki, Pirjo – Valvanne, Jaakko 2003: Työajan käyttö kotihoidossa Helsingissä 2003. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto: Selvityksiä 2003:12, Helsingin kaupungin terveystieteiden monisteita 2003:5.

Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja 2005: Toimintakykyarvioinnin käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki, Stakes.

WHO 2004: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Verkkodokumentti.

<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=introduction.html%20&mytitle=Introduction> Luettu 26.11.2006.

Julkaisemattomat lähteet:

Helsingin kaupunki ja Uudenmaan osaamiskeskus Culminatum, Elisa Oyj, Addoz Oy, IBM Oy, Medixine Oy 2005: Lääkelogistiikkaprojekti. Projektisuunnitelma.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2006: Vanhuspalveluiden Sas-toiminta ohje, Hoitoonohjaussuosukset Helsingissä 1.1.2006 alkaen. Liite 3. Helsinki.

Ranta, Ulla 2006: Muistiinpanoja lääkelogistiikasta palvelutaloissa 14.12.2006. Helsinki.

Soini, Helena 2003: Terveystieteiden työajan seuranta 9.5.–22.5.2003. Helsinki.

Helsingin kaupungin järjestämien vanhusten laitos- ja asumispalveluiden tulevaisuuden visio (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004: 39.)

RaVa vähintään	Palvelu- / Hoitomuoto	Palvelun/avun tarpeesta vastaa
1.5	KOTIHOITO / SENIORIASUMINEN - itsenäinen tai tuettu kotona asuminen palveluja tarvittaessa määräaikaaisesti tai jatkuvasti	kotihoidon henkilökunta
2.7	PALVELUASUMINEN Palvelutalo pitkäaikainen palveluasuminen - fyysinen toimintarajoitteisuus, ei vaikeaa somaattista sairautta - mielenterveysongelmasta tai muusta syystä johtuva avuttomuus (rauhallinen) lyhytaikainen palveluasuminen - fyysinen toimintarajoitteisuus, ei vaikeaa somaattista sairautta - sosiaalinen kriisi Ryhmäkodit pitkäaikainen palveluasuminen dementia (rauhallinen)	palvelutalon henkilökunta ryhmäkodin henkilökunta
3.2	VANHAINKOTI (HOITOKOTI) TOIMINTA pitkäaikainen laitosasuminen - dementia (levottomuus, karkailu, käytösoireet) - psykogeriatría lyhytaikainen laitoshoido - dementia - psykogeriatría kotiinkuntoutus pitkäkestoisesta kuntoutuksesta hyötyvät	vanhainkodin henkilökunta kotiinkuntoutusyksikön henkilökunta
3.7	TERVEYSKESKUSSAIRAALATOIMINTA Akuuttisairaala - akuuttien sairauksien diagnostiikka ja hoito - geriatrinen ja neurologinen kuntoutus - geriatrinen arviointi Pitkäaikaissairaala - jatkuvaa lääketieteellistä ja sairaanhoidollista osaamista vaativien potilaiden pitkäaikaishoito - psyko-geriatrinen potilaiden pitkäaikaishoito - psyko-geriatrinen dementiapotilaiden pitkäaikaishoito - vaikeiden infektipotilaiden jatkohoito - neurologisten potilaiden jatkohoito - hitaasti kuntoutuvien potilaiden jatkohoito - lyhytaikainen laitoshoido -> akuutin sairauden jälkeinen kuntoutus	akuuttisairaalan henkilökunta pitkäaikaissairaalan henkilökunta

HUOM! 1.1.2006 lukien palveluasumisen RaVa-raja on laskettu tilapäisesti 2,5:een. RaVa voi olla alempi, jos asiakkaalla on vaikea sosiaalinen tai turvallisuuteen liittyvä ongelma tai jos hänellä on keskivaikea tai vaikea dementia. (Vanhuspalvelun Sas-toiminta ohjeen Hoitoonohjaussuositukset Helsingissä 1.1.2006 alkaen, Liite 3.)

PALVELUTALOJEN TYÖAIKAKARTOITUS VIIKOLLA 48 ITÄ-HELSINGIN PALVELUTALOJEN JA RYHMÄKOTIEN HOITOHENKILÖKUNNALLE

Palvelutalojen työaikakartoituksen tarkoituksena on selvittää lääkkeiden käsittelyyn sekä välittömään ja toimintakykyä tukevaan asiakastyöhön käytettävää aikaa. Itä-Helsingissä toteutettavan lääkelogistiikkaprojektin myötä palvelutalojen lääkejakelu siirtyy apteekkeille ja hoitajien työaika vapautuu välittömään asiakastyöhön. Projektin tarkoituksena on kohdistaa lääkejakelusta vapautuva työaika asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen.

Työajan seuranta toteutetaan marraskuussa 2005 sekä uudelleen syksyllä 2006. Vertailemalla näiden kahden työajan seurannan tuloksia kartoitetaan lääkelogistiikkaprojektin vaikutusta asiakastyöhön. Seurantatutkimus toteutetaan opinnäytetyönä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiaan, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelmaan.

Työajan seuranta koskee kaikkia palvelutalossa ja ryhmäkodissa hoitotyötä tekeviä. Kyselystä rajataan pois palvelutalon johtaja ja toimistohenkilökunta. Kyselyn täyttävät kaikki kyseisinä ajankohtina vuorossa olevat hoitotyöntekijät. Myös osa-aikatyöntekijät ja ko. ajankohtana töissä olevat sijaiset täyttävät lomakkeen. Kysely koskee myös yötyöntekijöitä. Vastajat ympyröivät tehtävänimikkeensä vastauslomakkeeseen, ryhmäkodin henkilökunta ympyröi kohdan "ryhmäkodin hoitohenkilökunta". Lomake täytetään nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

On tärkeää, että työyhteisössä keskustellaan työaikakartoituksesta ennen kuin työaikalomaketta ryhdytään täyttämään. Palvelutalojen johtajat ovat vastuussa omissa yksiköissään työaikakartoituksen organisoinnista ja siitä, että tiedot tuotetaan oikein.

Lomakkeet palautetaan suljetuissa kirjekuorissa palvelutalossa nimetyille yhdyshenkilölle. Yhdyshenkilö kokoaa vastauslomakkeet ja lähettää kootusti sisäpostissa osoitteeseen **Itäkeskuksen palvelutalo, Tarja Näkki, PL 93730, 00099 Helsingin kaupunki** viimeistään 9.12.2005.

Kyselyihin vastaa palvelutalon johtaja Tarja Näkki
sähköposti: tarja.nakki@hel.fi, p.050-3491913.

HOITAJIEN TYÖAJAN SEURANTA VIIKOLLA 48 (28.11.-2.12.2005)

Seuranta tehdään viitenä peräkkäisenä päivänä ylläolevana ajanjaksona, vastaa lomakkeeseen työvuorojesi puitteissa. Kirjaa kellonajan kohdalle 10 min. tarkkuudella sopiva työaikakoodi.

Huom! Vain YKSI numero ruutuun; yhdistä tarvittaessa pienistä pätkistä koostuva työlaji sopivaan kohtaan päivästä.

Valitse ympyröimällä tehtävänimikkeesi ja palvelutalosi:

- tehtävänimike: 1. palvelutalon hoitaja
2. palvelutalon sairaanhoitaja
3. ryhmäkodin hoitohenkilökunnan jäsen

- palvelutalo: 1. Itäkeskus
2. Myllypuro
3. Rudolf
4. Vuosaari

KOODIT TYÖAJAN KÄYTTÄMISELLE:

LÄÄKEHUOLTOON LIITTYVÄT ASIAT

- 1 Reseptien uusinta
- 2 Lääkkeiden tilaus ja lääkemuutosten ilmoittaminen apteekkiin
- 3 Lääkejako
- 4 Lääkkeen antaminen asiakkaalle
- 5 Apteekissa asiointi

VÄLITÖN HOITOTYÖ

- 6 Akuuttihoito ja sairaalaan lähettäminen
- 7 Asiakkaan fyysisissä toiminnoissa avustaminen (wc, pukeutuminen, kylvetys, yms)
- 8 Ruokailussa/ruoan tarjoilussa avustaminen
- 9 Kevyet kotityöt (siistiminen/vaatehuolto tms)
- 10 Asiakkaan kanssa ulkoilu
- 11 Asiakkaan saatto talon ulkopuolelle
- 12 Asiakkaan saatto talon sisällä, esim. ruokasaliin
- 13 Hoitotoimenpiteet (esim. haava, insuliini, silmätipat)
- 14 Näytteiden otto (laboratorio)
- 15 Asiakkaan kanssa keskustelu (rohkaisu, lohdutus, motivointi)
- 16 Tukeminen viriketoimintaan

- 17 Omaissuhteiden hoitamista asiakkaan kanssa
- 18 Omatoimiseen kuntoutumiseen kannustaminen
- 19 Hoidon suunnittelu tai kirjaaminen asiakkaan kanssa

VÄLILLINEN HOITOTYÖ

- 20 Työn suunnittelu (työnjako, Hops, ym.)
- 21 Kirjaaminen henkilökunnan tiloissa
- 22 Yhteydenpito yhteistyötahoihin ja omaisiin
- 23 Asiakkaan asioiden hoito ilman asiakasta (esim. pankkiasiat, pyykkihuolto)

MUU TYÖAJAN KÄYTTÖ

- 24 Kokoukset, koulutukset, työnohjaus
- 25 Hallinnolliset työt (laskujen käsittely, varastotilaukset, ym.)
- 26 Välinehuolto
- 27 Yleisten tilojen siisteys yms
- 28 Työaikana tapahtuvat matkat (ei kodin ja työpaikan väliset matkat)
- 29 Henkilökohtaiset tauot (ruoka, kahvi ym.)
- 30 Jotain muuta, mitä?

KLO	28.11.	29.11.	30.11.	1.12.	2.12.	KLO	28.11.	29.11.	30.11.	1.12.	2.12.	KLO	28.11.	29.11.	30.11.	1.12.	2.12.	KLO	28.11.	29.11.	30.11.	1.12.	2.12.
7:00						13:00						19:00						1:00					
7:10						13:10						19:10						1:10					
7:20						13:20						19:20						1:20					
7:30						13:30						19:30						1:30					
7:40						13:40						19:40						1:40					
7:50						13:50						19:50						1:50					
8:00						14:00						20:00						2:00					
8:10						14:10						20:10						2:10					
8:20						14:20						20:20						2:20					
8:30						14:30						20:30						2:30					
8:40						14:40						20:40						2:40					
8:50						14:50						20:50						2:50					
9:00						15:00						21:00						3:00					
9:10						15:10						21:10						3:10					
9:20						15:20						21:20						3:20					
9:30						15:30						21:30						3:30					
9:40						15:40						21:40						3:40					
9:50						15:50						21:50						3:50					
10:00						16:00						22:00						4:00					
10:10						16:10						22:10						4:10					
10:20						16:20						22:20						4:20					
10:30						16:30						22:30						4:30					
10:40						16:40						22:40						4:40					
10:50						16:50						22:50						4:50					
11:00						17:00						23:00						5:00					
11:10						17:10						23:10						5:10					
11:20						17:20						23:20						5:20					
11:30						17:30						23:30						5:30					
11:40						17:40						23:40						5:40					
11:50						17:50						23:50						5:50					
12:00						18:00						00:00						6:00					
12:10						18:10						0:10						6:10					
12:20						18:20						0:20						6:20					
12:30						18:30						0:30						6:30					
12:40						18:40						0:40						6:40					
12:50						18:50						0:50						6:50					

PALVELUTALOJEN TYÖAIKAKARTOITUS VIIKOLLA 39 ITÄ-HELSINGIN PALVELUTALOJEN JA RYHMÄKOTIEN HOITOHENKILÖKUNNALLE

Itä-Helsingissä 1.10.2005 – 31.12.2006 toteutettavan lääkelogistiikkaprojektin myötä palvelutalojen lääkejakelu siirtyi apteekeille. Projektin tarkoituksena oli kohdistaa lääkejakelusta vapautuva työaika asiakkaiden välittömään hoitotyöhön.

Palvelutalojen työaikakartoituksen tarkoituksena on selvittää lääkkeiden käsittelyyn sekä välittömään ja toimintakykyä tukevaan asiakastyöhön käytettävää aikaa. Työajan seuranta toteutettiin ensimmäisen kerran marraskuussa 2005. Nyt suoritettavan seurantakyselyn avulla kartoitetaan lääkelogistiikkaprojektin vaikutusta hoitajien ajankäyttöön. Seurantatutkimus toteutetaan opinnäytetyönä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiaan, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelmaan.

Työajan seuranta koskee kaikkia palvelutalossa ja ryhmäkodissa hoitotyötä tekeviä. Kyselystä rajataan pois palvelutalon johtaja ja toimistohenkilökunta. Kyselyn täyttävät kaikki kyseisinä ajankohtina vuorossa olevat hoitotyöntekijät. Myös osa-aikatyöntekijät ja ko. ajankohtana töissä olevat sijaiset täyttävät lomakkeen. Kysely koskee myös yötyöntekijöitä.

Vastaajat ympyröivät palvelutalonsa nimen sekä tehtävänimikkeensä vastauslomakkeeseen, ryhmäkodin henkilökunta ympyröi kohdan "ryhmäkodin hoitohenkilökunta". Lomake täytetään nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

On tärkeää, että työyhteisössä keskustellaan työaikakartoituksesta ennen kuin työaikalomaketta ryhdytään täyttämään. Palvelutalojen johtajat ovat vastuussa omissa yksiköissään työaikakartoituksen organisoinnista ja siitä, että tiedot tuotetaan oikein.

Lomakkeet palautetaan suljetuissa kirjekuorissa palvelutalossa nimetylle yhdyshenkilölle. Yhdyshenkilö kokoaa vastauslomakkeet ja lähettää kootusti sisäpostissa osoitteeseen **Itäkeskuksen palvelutalo, Tarja Näkki, PL 93730, 00099 Helsingin kaupunki** viimeistään 10.10.2006.

Kyselyihin vastaa palvelutalon johtaja Tarja Näkki
sähköposti: tarja.nakki@hel.fi, p.050-3491913.

HOITAJIEN TYÖAJAN SEURANTA VIIKOLLA 39 (25.9.-29.9.2006)

Seuranta tehdään viitenä peräkkäisenä päivänä ylläolevana ajanjaksona, vastaa lomakkeeseen työvuorojesi puitteissa. Kirjaa kellonajan kohdalle 10 min. tarkkuudella sopiva työaikakoodi.
Huom! Vain **YKSI** numero ruutuun; yhdistä tarvittaessa pienistä pätkistä koostuva työlaji sopivaan kohtaan päivästä.

Valitse ympyröimällä tehtävänimikkeesi ja palvelutalosi:

- tehtävänimike: 1. palvelutalon hoitaja
2. palvelutalon sairaanhoitaja
3. ryhmäkodin hoitohenkilökunnan jäsen

- palvelutalo: 1. Itäkeskus
2. Myllypuro
3. Rudolf
4. Vuosaari

KOODIT TYÖAJAN KÄYTTÄMISELLE:

LÄÄKEHUOLTOON LIITTYVÄT ASIAT

- 1 Reseptien uusinta
- 2 Lääkkeiden tilaus ja lääkemuutosten ilmoittaminen apteekkiin

Lääkejako

- 4 Lääkkeen antaminen asiakkaalle

Apteekissa asiointi

VÄLITÖN HOITOTYÖ

- 6 Akuuttihoito ja sairaalaan lähettäminen
- 7 Asiakkaan fyysisissä toiminnoissa avustaminen (wc, pukeutuminen, kylvetys, yms)
- 8 Ruokailussa/ruoan tarjoilussa avustaminen
- 9 Kevyet kotityöt (siistiminen/vaatehuolto tms)

Asiakkaan kanssa ulkoilu

Asiakkaan saatto talon ulkopuolelle

Asiakkaan saatto talon sisällä, esim. ruokasaliin

Hoitotoimenpiteet (esim. haava, insuliini, silmätipat)

Näytteiden otto (laboratorio)

Asiakkaan kanssa keskustelu (rohkaisu, lohdutus, motivointi)

Tukeminen viriketoimintaan

Omaissuhteiden hoitamista asiakkaan kanssa

Omatoimiseen kuntoutumiseen kannustaminen

Hoidon suunnittelu tai kirjaaminen asiakkaan kanssa

VÄLILLINEN HOITOTYÖ

Työn suunnittelu (työnjako, Hops, ym.)

Kirjaaminen henkilökunnan tiloissa

Yhteydenpito yhteistyötahoihin ja omaisiin

Asiakkaan asioiden hoito ilman asiakasta (esim. pankkiasiat, pyykkihuolto)

MUU TYÖAJAN KÄYTTÖ

Kokoukset, koulutukset, työnohjaus

Hallinnolliset työt (laskujen käsittely, varastotilaukset, ym.)

Välinehuolto

Yleisten tilojen siisteys yms

Työaikana tapahtuvat matkat

(ei kodin ja työpaikan väliset matkat)

Henkilökohtaiset tauot (ruoka, kahvi ym.)

Jotain muuta, mitä?

KLO	25.9.	26.9.	27.9.	28.9.	29.9.	KLO	25.9.	26.9.	27.9.	28.9.	29.9.	KLO	25.9.	26.9.	27.9.	28.9.	29.9.	KLO	25.9.	26.9.	27.9.	28.9.	29.9.
7:00						13:00						19:00						1:00					
7:10						13:10						19:10						1:10					
7:20						13:20						19:20						1:20					
7:30						13:30						19:30						1:30					
7:40						13:40						19:40						1:40					
7:50						13:50						19:50						1:50					
8:00						14:00						20:00						2:00					
8:10						14:10						20:10						2:10					
8:20						14:20						20:20						2:20					
8:30						14:30						20:30						2:30					
8:40						14:40						20:40						2:40					
8:50						14:50						20:50						2:50					
9:00						15:00						21:00						3:00					
9:10						15:10						21:10						3:10					
9:20						15:20						21:20						3:20					
9:30						15:30						21:30						3:30					
9:40						15:40						21:40						3:40					
9:50						15:50						21:50						3:50					
10:00						16:00						22:00						4:00					
10:10						16:10						22:10						4:10					
10:20						16:20						22:20						4:20					
10:30						16:30						22:30						4:30					
10:40						16:40						22:40						4:40					
10:50						16:50						22:50						4:50					
11:00						17:00						23:00						5:00					
11:10						17:10						23:10						5:10					
11:20						17:20						23:20						5:20					
11:30						17:30						23:30						5:30					
11:40						17:40						23:40						5:40					
11:50						17:50						23:50						5:50					
12:00						18:00						00:00						6:00					
12:10						18:10						0:10						6:10					
12:20						18:20						0:20						6:20					
12:30						18:30						0:30						6:30					
12:40						18:40						0:40						6:40					
12:50						18:50						0:50						6:50					

19.11.2005

KYSELY PALVELUTALOJEN JOHTAJILLE TYÖAIKASEURANNAN YHTEYDESSÄ TÄYTETTÄVÄKSI

Itä-Helsingin palvelutalot ja kotihoito ovat mukana lääkelogistiikkaprojektissa, jossa lääkkeiden jakelu siirtyy hoitajilta apteekkeihin. Kehitettävän palvelumallin avulla on tarkoitus mm. tehostaa hoitajien ajankäyttöä.

Työajanseurantalomakkeilla saatavan tiedon analysointia varten kartoitetaan lisäksi muutamia taustatietoja. Tulosten analysointiin voi vaikuttaa esimerkiksi henkilökunta- ja asiakasmäärän muuttuminen vuoden kuluessa (esim. asiakasmäärä kasvaa, mutta henkilökunnan määrä pysyy samana, joten työaikaa ei "vapaudukaan" oletetussa määrin).

Palvelutalon johtaja:

- huolehtii työajanseurantalomakkeen ja kirjekuorten jakelun sekä lomakkeen täytön ohjeistamisen kaikille seuranta-aikana työssä oleville hoitotyöntekijöille
- nimeää työyhteisöstä puolueettoman yhdyshenkilön (esim. YT-vastaava), jolle täytetyt lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa ja joka toimittaa ne edelleen tutkimuksen tekijälle
- palauttaa tämän kyselyn 9.12.2005 mennessä osoitteeseen: Itäkeskuksen palvelutalo, Tarja Näkki, PL 93730, 00099 Helsingin kaupunki.

1. Palvelutalon nimi: _____

2. Asiakasmäärä 28.11.2005

palvelutalossa: _____ ryhmäkodissa: _____

3. Hoitotyössä olevat vakanssit 28.11.2005

palvelutalossa: _____ (ei sis. johtajaa eikä toimistotyöntekijää)

ryhmäkodissa: _____

4. Työvuorossa hoitotyössä (sis. ilta- ja yövuoron) oli:

ma 28.11. palvelutalossa	_____ työntekijää	ryhmäkodissa	_____ työntekijää
ti 29.11.	_____ työntekijää		_____ työntekijää
ke 30.11.	_____ työntekijää		_____ työntekijää
to 1.12.	_____ työntekijää		_____ työntekijää
pe 2.12.	_____ työntekijää		_____ työntekijää

Vastaa omalta osaltani työaikaseurannan toteutumisesta omassa työyhteisössäni:

_____ pvm palvelutalon johtajan allekirjoitus

20.9.2006

KYSELY PALVELUTALOJEN JOHTAJILLE TYÖAIKASEURANNAN YHTEYDESSÄ TÄYTETTÄVÄKSI

Itä-Helsingin palvelutalot ja kotihoito ovat mukana lääkelogistiikkaprojektissa, jossa lääkkeiden jakelu siirtyy hoitajilta apteekkeihin. Kehitettävän palvelumallin avulla on tarkoitus mm. tehostaa hoitajien ajankäyttöä.

Työajanseurantalomakkeilla saatavan tiedon analysointia varten kartoitetaan lisäksi muutamia taustatietoja. Tulosten analysointiin voi vaikuttaa esimerkiksi henkilökunta- ja asiakasmäärän muuttuminen vuoden kuluessa (esim. asiakasmäärä kasvaa, mutta henkilökunnan määrä pysyy samana, joten työaikaa ei "vapaudukaan" oletetussa määrin).

Palvelutalon johtaja:

- huolehtii työajanseurantalomakkeen ja kirjekuorten jakelun sekä lomakkeen täytön ohjeistamisen kaikille seuranta-aikana työssä oleville hoitotyöntekijöille
- nimeää työyhteisöstä puolueettoman yhdyshenkilön (esim. YT-vastaava), jolle täytetyt lomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa ja joka toimittaa ne edelleen tutkimuksen tekijälle
- palauttaa tämän kyselyn 10.10.2006 mennessä osoitteeseen: Itäkeskuksen palvelutalo, Tarja Näkki, PL 93730, 00099 Helsingin kaupunki.

1. Palvelutalon nimi: _____

2. Asiakasmäärä 25.9.2006

palvelutalossa: _____ ryhmäkodissa: _____

3. Hoitotyössä olevat vakanssit 25.9.2005

palvelutalossa: _____ (ei sis. johtajaa eikä toimistotyöntekijää)

ryhmäkodissa: _____

4. Työvuorossa hoitotyössä (sis. iltä- ja yövuoron) oli:

ma 25.9.	palvelutalossa _____	työntekijää _____	ryhmäkodissa _____	työntekijää _____
ti 26.9.	_____	työntekijää _____	_____	työntekijää _____
ke 27.9.	_____	työntekijää _____	_____	työntekijää _____
to 28.9.	_____	työntekijää _____	_____	työntekijää _____
pe 29.9.	_____	työntekijää _____	_____	työntekijää _____

5. Kuinka monelle eri työntekijälle lomake kaikkiaan jaettiin seurantaviikon aikana: _____

Vastaan omalta osaltani työaikaseurannan toteutumisesta omassa työyhteisössäni:

pvm palvelutalon johtajan allekirjoitus

Aineiston normaalijakaumat

TAULUKKO 4: Lääkehuoltoon käytetty aika

Tests of Normality

kerta		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Lääkehuolto	marraskuu 2005	,176	61	,000	,890	61	,000
	syyskuu 2006	,126	65	,012	,908	65	,000

a Lilliefors Significance Correction

TAULUKKO 5: Välittömään hoitotyöhön käytetty aika

Tests of Normality

kerta		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Välittömän hoitotyö	marraskuu 2005	,088	65	,200(*)	,972	65	,148
	syyskuu 2006	,073	70	,200(*)	,986	70	,630

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

TAULUKKO 6: Välilliseen hoitotyöhön käytetty aika

Tests of Normality

kerta		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Välillisen hoitotyö	marraskuu 2005	,115	65	,033	,962	65	,044
	syyskuu 2006	,178	69	,000	,850	69	,000

a Lilliefors Significance Correction

TAULUKKO 7: Muuhun työaikaan käytetty aika

Tests of Normality

kerta		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Muun työajan käyttö	marraskuu 2005	,113	63	,044	,916	63	,000
	syyskuu 2006	,143	70	,001	,876	70	,000

a Lilliefors Significance Correction

TAULUKKO 8: Toimintakyvyn tukemiseen käytetty aika

Tests of Normality

kerta		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Toimintakyky	marraskuu 2005	,068	65	,200(*)	,972	65	,140
	syyskuu 2006	,069	69	,200(*)	,983	69	,480

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Lääkelogistisen palvelun vaikutukset työaikaan

TAULUKKO 9: Työajan jakautuminen pääluokittain

kerta		Lääke- huolto	Välitön työ	Välillinen työ	Muu työajan käyttö
marraskuu 2005	Mean	145,25	881,23	218,15	416,51
	N	61	65	65	63
	Std. Deviation	116,083	375,414	107,629	247,681
	Minimum	10	130	20	30
	Maximum	490	1630	500	1380
syyskuu 2006	Mean	124,46	855,29	308,26	434,71
	N	65	70	69	70
	Std. Deviation	79,825	386,983	220,440	339,252
	Minimum	10	40	10	10
	Maximum	400	1770	990	1530
Yhteensä	Mean	134,52	867,78	264,55	426,09
	N	126	135	134	133
	Std. Deviation	99,194	380,257	180,174	298,427
	Minimum	10	40	10	10
	Maximum	490	1770	990	1530

TAULUKKO 10: Työajankäytön jakautuminen pääluokittain eri ammattiryhmissä

Nimi- ke	kerta		Lääke- huolto	Välitön työ	Välillinen työ	Muu työajan käyttö
nimike puut- tuu	marraskuu 2005	Mean	84,29	815,71	197,14	361,43
		N	7	7	7	7
		Std. Deviation	112,080	412,022	97,419	198,782
		Minimum	10	130	60	40
		Maximum	330	1400	310	700
	yhteensä	Mean	84,29	815,71	197,14	361,43
		N	7	7	7	7
		Std. Deviation	112,080	412,022	97,419	198,782
		Minimum	10	130	60	40
Hoita- ja	marraskuu 2005	Maximum	330	1400	310	700
		Mean	157,63	875,00	217,75	474,62
		N	38	40	40	39
		Std. Deviation	100,846	354,133	98,774	251,949
		Minimum	10	230	20	170
		Maximum	390	1630	500	1380
	syyskuu 2006	Mean	116,51	894,35	302,44	418,91
		N	43	46	45	46
		Std. Deviation	64,324	357,961	210,693	279,883
		Minimum	10	100	30	30
sai- raan- hoitaja	marraskuu 2005	Maximum	270	1770	990	1240
		Mean	135,80	885,35	262,59	444,47
		N	81	86	85	85
		Std. Deviation	85,453	354,221	172,020	267,321
		Minimum	10	100	20	30
		Maximum	390	1770	990	1380
	syyskuu 2006	Mean	274,00	446,00	386,00	324,00
		N	5	5	5	5
		Std. Deviation	205,985	169,647	104,785	233,838
		Minimum	30	230	200	70
ryhmä kodin hoito- henki- lökun- ta	marraskuu 2005	Maximum	490	700	450	640
		Mean	186,25	313,75	528,75	902,50
		N	8	8	8	8
		Std. Deviation	113,507	236,458	298,637	499,850
		Minimum	90	40	160	10
		Maximum	400	770	870	1530
	yhteensä	Mean	220,00	364,62	473,85	680,00
		N	13	13	13	13
		Std. Deviation	153,731	216,087	246,797	499,783
		Minimum	30	40	160	10
ryhmä kodin hoito- henki- lökun- ta	marraskuu 2005	Maximum	490	770	870	1530
		Mean	82,73	1103,08	166,15	298,33
		N	11	13	13	12
		Std. Deviation	54,239	338,708	82,112	228,068
		Minimum	30	550	50	30
		Maximum	170	1540	340	740
	syyskuu 2006	Mean	113,57	1013,75	214,38	246,25
		N	14	16	16	16
		Std. Deviation	91,535	300,840	114,133	149,883
		Minimum	20	430	10	20
ryhmä kodin hoito- henki- lökun- ta	marraskuu 2005	Maximum	380	1450	430	540
		Mean	100,00	1053,79	192,76	268,57
		N	25	29	29	28
		Std. Deviation	77,513	315,746	102,291	185,367
		Minimum	20	430	10	20
		Maximum	380	1540	430	740
	yhteensä	Mean	100,00	1053,79	192,76	268,57
		N	25	29	29	28
		Std. Deviation	77,513	315,746	102,291	185,367
		Minimum	20	430	10	20

TAULUKKO 11: Työajankäytön jakautuminen pääluokittain eri palvelutaloissa

PT	kerta		Lääke- huolto	Välitön työ	Välillinen työ	Muu työajan käyttö
Itäkeskus	marraskuu 2005	Mean	144,76	884,40	207,60	470,40
		N	21	25	25	25
		Std. Deviation	107,360	396,454	125,972	313,614
		Minimum	10	230	20	30
		Maximum	390	1540	500	1380
	syyskuu 2006	Mean	103,50	782,08	326,67	411,25
		N	20	24	24	24
		Std. Deviation	68,154	406,576	268,161	347,479
		Minimum	10	100	30	30
		Maximum	230	1770	970	1320
	yhteensä	Mean	124,63	834,29	265,92	441,43
		N	41	49	49	49
		Std. Deviation	91,681	400,583	214,495	328,519
		Minimum	10	100	20	30
		Maximum	390	1770	970	1380
Myllypuro	marraskuu 2005	Mean	140,00	916,67	225,33	356,15
		N	15	15	15	13
		Std. Deviation	95,618	383,344	91,485	204,839
		Minimum	30	270	70	190
		Maximum	360	1430	420	730
	syyskuu 2006	Mean	122,61	956,52	350,87	406,96
		N	23	23	23	23
		Std. Deviation	64,682	407,181	243,850	332,913
		Minimum	20	140	10	20
		Maximum	270	1740	990	1240
	yhteensä	Mean	129,47	940,79	301,32	388,61
		N	38	38	38	36
		Std. Deviation	77,597	393,160	205,889	290,970
		Minimum	20	140	10	20
		Maximum	360	1740	990	1240
Rudolf	marraskuu 2005	Mean	145,00	895,00	225,63	353,13
		N	16	16	16	16
		Std. Deviation	160,333	408,771	108,010	194,344
		Minimum	10	130	60	40
		Maximum	490	1630	440	700
	syyskuu 2006	Mean	145,71	795,71	260,71	397,86
		N	14	14	14	14
		Std. Deviation	110,434	399,513	96,752	404,326
		Minimum	40	40	150	10
		Maximum	400	1350	450	1530
	yhteensä	Mean	145,33	848,67	242,00	374,00
		N	30	30	30	30
		Std. Deviation	136,981	400,644	102,701	305,508
		Minimum	10	40	60	10
		Maximum	490	1630	450	1530
Vuosaari	marraskuu 2005	Mean	155,56	788,89	222,22	466,67
		N	9	9	9	9
		Std. Deviation	88,757	270,437	89,272	144,049
		Minimum	10	550	90	240
		Maximum	260	1390	350	710

syyskuu 2006	Mean	145,00	884,44	213,75	625,56
	N	8	9	8	9
	Std. Deviation	84,853	219,949	98,262	166,966
	Minimum	70	690	50	450
	Maximum	300	1340	380	970
yhteensä	Mean	150,59	836,67	218,24	546,11
	N	17	18	17	18
	Std. Deviation	84,371	244,131	90,708	171,949
	Minimum	10	550	50	240
	Maximum	300	1390	380	970

TAULUKKO 12: Työajan käyttö toimintakykyä tukevaan toimintaan

kerta	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
marraskuu 2005	814,1538	65	398,64180	70,00	1590,00
syyskuu 2006	788,6957	69	392,30433	40,00	1770,00
yhteensä	801,0448	134	394,10748	40,00	1770,00

TAULUKKO 13: Toimintakykyä tukeva toiminta palvelutaloittain

Palvelutalo	kerta	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Itäkeskus	marraskuu 2005	842,0000	25	424,85292	130,00	1530,00
	syyskuu 2006	721,6667	24	426,00946	40,00	1770,00
	Yhteensä	783,0612	49	425,32930	40,00	1770,00
Myllypuro	marraskuu 2005	870,0000	15	410,24383	70,00	1430,00
	syyskuu 2006	874,7826	23	416,33542	60,00	1670,00
	Yhteensä	872,8947	38	408,35138	60,00	1670,00
Rudolf	marraskuu 2005	773,7500	16	426,73762	110,00	1590,00
	syyskuu 2006	787,6923	13	340,68935	190,00	1270,00
	Yhteensä	780,0000	29	383,86195	110,00	1590,00
Vuosaari	marraskuu 2005	715,5556	9	267,16620	510,00	1350,00
	syyskuu 2006	748,8889	9	314,73975	140,00	1260,00
	Yhteensä	732,2222	18	283,72637	140,00	1350,00

TAULUKKO 14: Toimintakykyä tukeva toiminta tehtävänimikkeittäin

Nimi-ke	kerta	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
tietoa ei ole	marraskuu 2005	750,0000	7	391,62056	110,00	1270,00
	Yhteensä	750,0000	7	391,62056	110,00	1270,00
Hoitaja	marraskuu 2005	807,0000	40	362,41498	70,00	1590,00
	syyskuu 2006	819,5652	46	358,49659	100,00	1770,00
	Yhteensä	813,7209	86	358,25080	70,00	1770,00
Sairaanhoidtaja	marraskuu 2005	238,0000	5	104,97619	120,00	390,00
	syyskuu 2006	167,1429	7	116,29192	40,00	390,00
	Yhteensä	196,6667	12	112,76148	40,00	390,00
ryhmä kodin hoito-henkilökunta	marraskuu 2005	1092,3077	13	340,02828	550,00	1530,00
	syyskuu 2006	971,8750	16	296,18055	430,00	1400,00
	Yhteensä	1025,8621	29	316,63992	430,00	1530,00

Erot työajankäytössä pääluokittain kyselyjen 2005 ja 2006 välillä

TAULUKKO 15: Työajankäyttö pääluokittain

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Lääkehuolto 2005 - 2006	Negative Ranks	27(a)	30,09	812,50
	Positive Ranks	25(b)	22,62	565,50
	Ties	5(c)		
	Total	57		
Välitön hoitotyö 2005 - 2006	Negative Ranks	32(d)	33,91	1085,00
	Positive Ranks	32(e)	31,09	995,00
	Ties	1(f)		
	Total	65		
Välillinen hoitotyö 2005 - 2006	Negative Ranks	26(g)	25,31	658,00
	Positive Ranks	38(h)	37,42	1422,00
	Ties	1(i)		
	Total	65		
Muu työaika 2005 - 2006	Negative Ranks	35(j)	31,14	1090,00
	Positive Ranks	27(k)	31,96	863,00
	Ties	1(l)		
	Total	63		
Toimintakyky 2005 -2006	Negative Ranks	31(m)	33,27	1031,50
	Positive Ranks	32(n)	30,77	984,50
	Ties	1(o)		
	Total	64		

a lääkehuolto 2006 < LÄÄKEHUOLTO 2005

b lääkehuolto 2006 > LÄÄKEHUOLTO 2005

c lääkehuolto 2006 = LÄÄKEHUOLTO 2005

d välitön hoitotyö 2006 < VÄLITÖN HOITOTYÖ 2005

e välitön hoitotyö 2006 > VÄLITÖN HOITOTYÖ 2005

f välitön hoitotyö 2006 = VÄLITÖN HOITOTYÖ 2005

g välillinen hoitotyö 2006 < VÄLILLINEN HOITOTYÖ 2005

h välillinen hoitotyö 2006 > VÄLILLINEN HOITOTYÖ 2005

i välillinen hoitotyö 2006 = VÄLILLINEN HOITOTYÖ 2005

j muu työaika 2006 < MUU TYÖAIKA 2005

k muu työaika 2006 > MUU TYÖAIKA 2005

l muu työaika 2006 = MUU TYÖAIKA 2005

m Toimintakyky 2006 < Toimintakyky 2005

n Toimintakyky 2006 > Toimintakyky 2005

o Toimintakyky 2006 = Toimintakyky 2005

Test Statistics(c)

	Lääke- huolto 2006 - 2005	Välitön hoitotyö 2006 - 2005	Välillinen hoitotyö 2006 - 2005	Muu työaika 2006 - 2005	Toimintakyky 2006 - 2005
Z	-1,125(a)	-,301(a)	-2,555(b)	-,796(a)	-,161(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,260	,763	,011	,426	,872

a Based on positive ranks.

b Based on negative ranks.

c Wilcoxon Signed Ranks Test